

**Les obstacles à la détection, à l'évaluation et à la
gestion de la douleur chronique auprès des
personnes âgées non communicantes verbalement
atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé**

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par
Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes
Promotion 2013-2016

Sous la direction de : Amélie Rosado Walker

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

14 juillet 2016

Résumé

Problématique : Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé ne communiquent parfois plus verbalement. Leur façon de reporter leur douleur varie. La douleur est souvent exprimée par les personnes démentes au travers d'une modification de leur comportement et attitude. Les soignants sont confrontés à des difficultés d'interprétation de ces comportements pour détecter et évaluer cette douleur. L'évaluation de la douleur avec une échelle standardisée est ardue et engendre un traitement inadapté.

But : Identifier les obstacles à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées non communicantes verbalement atteintes à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer résidant dans un établissement médico-social (EMS).

Méthode : Revue de littérature. Huit articles ont été sélectionnés dans les banques de données de janvier à mars 2016. Le modèle théorique socio-communicatif de la douleur de Craig (2009) et trois concepts sont utilisés.

Résultats : Plusieurs barrières empêchent les infirmières de détecter, d'évaluer et de gérer de manière adéquate la douleur des personnes démentes en EMS. Les personnes âgées atteintes de la pathologie rendent l'évaluation de leur message de douleur laborieuse, individualisée et variant au quotidien. Les croyances des infirmières concernant les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent influencer défavorablement l'évaluation de la douleur chez celles-ci.

Discussion et conclusion : Les différents obstacles identifiés sont regroupés dans trois catégories distinctes : émanant de la personne âgée démente, des infirmières et de l'institution.

Mots clés: *dementia, elder, nursing, pain assessment, barriers, nurse's beliefs, cognitive impairment*

Table des matières

Introduction	1
Problématique	4
La maladie d'Alzheimer	5
La communication	6
La douleur	7
Douleur et démence	9
Outils d'évaluation de la douleur.....	10
Le rôle infirmier	10
La problématique	12
Question de recherche et objectif	13
Cadre théorique	15
Modèle socio-communicatif de la douleur de Craig.....	16
Concepts	19
Démence	19
Communication.....	19
Douleur	21
Méthode	22
Argumentation du devis de recherche	23
Banques de données.....	23
Critères de sélection	24
Critères d'inclusion	24
Critères d'exclusion.....	24
Démarche d'analyse et stratégies de recherche	24

Stratégie 1.....	25
Stratégie 2.....	26
Stratégie 3.....	26
Stratégie 4.....	26
Stratégie 5.....	27
Stratégie 6.....	27
Stratégie 7.....	27
Stratégie 8.....	28
Flow Chart.....	30
Qualité méthodologique des résultats.....	31
Résultats	36
Obstacles infirmiers	37
Croyances et représentations de la douleur chez les personnes démentes	37
Lacunes dans la formation de base et manque de formation continue.....	41
Non-utilisation des outils d'évaluation de la douleur.....	42
Manque de temps effectif auprès des patients.....	43
Obstacles de la personne âgée démente.....	44
Signalement difficile de la douleur par la personne âgée démente.....	45
Outils d'évaluation de la douleur pour la personne âgée démente	48
Attitudes comportementales et représentations de la douleur	48
Obstacles institutionnels.....	49
Dotation en personnel infirmier et temps à disposition pour évaluer la douleur....	49
Offre en formation et outils d'évaluation au sein de l'institution.....	50
Discussion	54

Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche	55
Stratégies pour surmonter les obstacles	58
Lacunes et contradictions des études	58
Recommandations pour la pratique infirmière et perspectives.....	60
Recommandations pour la recherche	60
Recommandations pour la pratique et la formation	60
Limites et critiques de la revue de littérature.....	62
Conclusion	64
Références	67
Appendices	73
Appendices A.....	74
Appendices B.....	75
Appendices C.....	87
Appendices D	100
Appendices E	111
Appendices F	125
Appendices G	130
Appendices H	141
Appendices I	149

Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau des différents articles choisis.....	29
Tableau 2 : Synthèse des résultats.....	53

Liste des figures

Figure 1: Flow Chart de revue de la littérature	30
---	----

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Madame Amélie Rosado Walker, directrice de ce Bachelor Thesis, pour son soutien et son engagement durant nos rendez-vous. Grâce à ses conseils, nous avons progressé dans ce travail et nous nous sommes senties guidées dans notre démarche.

Nous remercions également nos familles, pour leur temps mis à contribution lors de la relecture de cette revue de littérature ainsi que pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce processus.

Introduction

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer représentent une grande partie de la population rencontrée dans les établissements médico-sociaux (EMS). L'augmentation de l'incidence des démences s'explique en partie par le vieillissement démographique de la population. Dans la progression de la trajectoire de leur maladie, les personnes démentes vont perdre petit à petit leur capacité de communiquer verbalement et devront de ce faire interagir par d'autres moyens tels que des gestes, des mimiques et des autres comportements (Grisé, 2010). Il est alors important pour les soignants de pouvoir détecter et évaluer la douleur auprès de cette population non communicante verbalement (Ahn, Garvan & Lyon, 2015).

Le personnel infirmier joue un rôle majeur dans la perception et l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées non communicantes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Lors de nos expériences pratiques, nous avons constaté que l'évaluation de la douleur auprès de ce type de population ne se faisait pas de manière régulière et que les personnes qui ne communiquent pas leur douleur ne reçoivent pas de traitement antalgique en conséquence (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren & Merkel, 2011).

Cette revue est composée de différentes parties. La première est le développement de la problématique qui a pour objectif de mettre en avant les connaissances actuelles sur le sujet et permet d'aboutir à notre question de recherche. La seconde décrit la méthodologie et les stratégies de recherche utilisées en vue d'identifier les articles, sur la base de critères de sélection. Une troisième partie présente les résultats principaux des huit articles identifiés et retenus.

Finalement, une dernière partie apporte une critique de ces résultats. Cette discussion permet une prise de recul quant à notre démarche scientifique en

exposant les limites et les forces de notre revue. Elle aboutit à des recommandations pour la pratique professionnelle, la recherche et la formation de base des infirmières.

Problématique

Cette partie du travail expose l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et présente les troubles de la communication, ainsi que la douleur chez la personne âgée non communicante atteinte à un stade avancé par cette maladie. Les divers obstacles rencontrés par les infirmières lors de la détection, l'évaluation et la gestion de la douleur dans cette population sont exposés dans le contexte d'un établissement médico-social. L'ensemble de ces éléments permet d'aboutir à notre question de recherche et à son but.

La maladie d'Alzheimer

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015), la démence peut se définir comme étant un syndrome chronique ou évolutif dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive. Elle touche plusieurs domaines de la cognition : « la mémoire, le raisonnement, l'orientation, le calcul, la compréhension, le langage et le jugement ». Il n'y a donc pas de dysfonctionnement au niveau de la conscience.

L'OMS (2015) reporte également que la démence est une des premières causes de handicap et de dépendance des personnes âgées dans le monde. Cette pathologie est éprouvante, non seulement pour les malades, mais aussi pour leur famille ainsi que pour les personnes qui leur prodiguent les soins. La démence touche dans le monde 47,5 millions de personnes et chaque année, on dénombre 7,7 millions de nouveaux cas (OMS, 2015).

La maladie d'Alzheimer a des répercussions sur la communication verbale des personnes qui en sont atteintes (Grisé, 2010 ; Pager, 2010 ; France Alzheimer, 2015). Notre intérêt se porte sur les personnes qui sont à un stade avancé de la maladie et qui ont habituellement une plus grande détérioration du langage verbal. (Grisé, 2010 ; Ploton, 2010). L'échange avec le patient ainsi que l'expression de ses

besoins sont perturbés. Il s'ensuit un changement inévitable dans la communication avec ce type de patient (Grisé, 2010 ; Pager, 2010 ; Ploton, 2010). Ceci atteint la pratique infirmière. Selon Klassen, Liu et Warren (2009, cités dans Rupp Wysong, 2014, p.183), l'infirmière doit être formée et compétente pour leur prodiguer des soins. Elle doit pouvoir identifier par quels autres moyens le patient communique et transmet un message. « Le malade remplace les mots par le langage corporel ainsi que par divers comportements pour se faire comprendre et exprimer ses besoins » (Grisé, 2010). Une personne privée de la parole est contrainte d'avoir recours au comportement pour se faire comprendre (Pager, 2010).

« La maladie a des conséquences qui peuvent être physiques, psychologiques, sociales ou économiques pour les personnes chargées des soins, les familles et la société » (OMS, 2015). La démence peut susciter la perplexité, ce qui peut être un obstacle au diagnostic et aux soins.

La communication

Nous avons choisi de nous intéresser à une population atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et qui ne communique plus verbalement. La communication non verbale sera alors un outil de transmission privilégié dans la relation résident-soignant. « La communication non verbale est l'ensemble des comportements que nous émettons et qui a valeur de communication » (Ammar, Viailly & Michel, 2015). Ces comportements contribuent à la communication mais ne sont pas des mots : mouvements du corps, faciès, le ton de la voix, la posture etc. (Ammar, Viailly & Michel, 2015 ; Grisé, 2010).

Le langage est la manière la plus facile d'échanger nos pensées et nos informations, mais ce n'est pas forcément le canal qui est le plus à même de communiquer nos impressions, nos sentiments ou nos émotions (Collaud & Gomez,

2010). La personne atteinte de démence peut utiliser des expressions imprécises, ne plus se souvenir des noms d'objets et même présenter de l'aphasie dans les stades avancés de la maladie (Ammar, Viailly & Michel, 2015 ; Grisé, 2010 ; Townsend, 2010, p. 284). Cela signifie que la communication ne s'arrête pas : elle n'est plus possible verbalement (Belin & Gatt, 2006). Ceci oblige à trouver de nouvelles voies de communication, par-delà le langage parlé (Ammar, Viailly & Michel, 2015 ; Collaud & Gomez, 2010 ; Delamarre, 2014).

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé sont en effet particulièrement plus sensibles à ces informations non verbales qu'on leur communique (Ammar, Viailly & Michel, 2015). C'est le support privilégié qu'elles choisissent pour s'exprimer et aussi leur seul moyen pour comprendre leur environnement (Ammar, Viailly & Michel, 2015). Ceci représente un obstacle majeur pour l'infirmière (Herr et al., 2011). Un apprentissage est nécessaire pour instaurer une communication et un contexte de soin adéquat.

La douleur

Selon l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain–IASP) (2016, cité dans Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) 2016), « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». La douleur dépend du ressenti du patient et est par conséquent subjective et individuelle. Son intensité et sa qualité deviennent ardues    évaluer.

La douleur possède quatre composantes. La composante sensori-discriminative correspond à ce que le patient sent en termes d'aspects qualitatifs et quantitatifs de la douleur. La composante affective et émotionnelle comprend les aspects

désagréables et pénibles que le patient ressent et dépend donc de son caractère ainsi que de sa personnalité. La composante cognitive fait référence à ce que le patient comprend du point de vue des processus mentaux mis en jeu par la douleur. Elle est tributaire des facteurs socio-culturels, ainsi que de l'histoire personnelle et familiale du patient. Puis, la composante comportementale tient compte de ce que le patient dit et montre, à savoir les manifestations conscientes ou non de la douleur (Berthoux & Calmels, 2002).

Pour Laudet (2006), la douleur peut se décliner sur le plan clinique. La douleur aiguë survient en réponse à une atteinte tissulaire mettant en jeu l'intégrité de l'organisme. C'est la traduction de la douleur symptôme, signal d'alarme de notre organisme. Sa prise en charge est souvent l'association du traitement causal et du traitement symptomatique. La douleur procédurale est provoquée par les soins médicaux et la douleur chronique est considérée en tant que « douleur maladie ». Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle (Haute Autorité de Santé (HAS), 2016). De plus, pour la douleur chronique, il est possible de définir différents types de douleur (nociceptive ou inflammatoire, neuropathique et dysfonctionnelle) selon les mécanismes qui la supportent (SFETD, 2016).

La HAS (2016) définit la douleur chronique comme suit :

Un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, lorsqu'elle présente plusieurs des caractéristiques : persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ; réponse insuffisante au traitement; détérioration significative et progressive du fait de la douleur,

des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique est fréquemment associée à des manifestations psychopathologiques, une demande de la part du patient de recourir à des médicaments ou à des procédures médicales invasives ainsi qu'une difficulté du patient à s'adapter à la situation. (HAS, 2016).

Douleur et démence

Chez la population démente, la douleur est souvent exprimée par un changement de comportement tel que l'agitation verbale ou physique (Ammar, Viailly & Michel, 2015 ; Grisé, 2010 ; Pager, 2010 ; Ploton, 2010 ; Pradines & Pradines, 2004 ; Voyer, 2006, pp. 291-292). Ces comportements sont les expressions faciales, les verbalisations et les vocalisations, les positions du corps les troubles de l'humeur (Belin & Gatt, 2006 ; Herr et al., 2011). Ces manifestations sont souvent associées par le personnel infirmier à une fatigue ou un besoin d'attention plutôt qu'à une douleur (Voyer, 2006, p. 291-292). Dès lors, aucune évaluation avec une échelle valide n'est entreprise et la gestion de la douleur n'est pas optimale. La personne reste souvent inconfortable durant une période plus longue que si elle avait pu s'exprimer librement sur ses symptômes ou si une évaluation spécifique avait été mise en place (Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen & Aarsland, 2008 ; Voyer, 2006, p. 291-292). Les altérations associées de la perception des sensations et du schéma corporel empêchent les personnes démentes de localiser la douleur qui est intégrée comme un «   tat algique » d'expression diffuse (Sebag-Lano   & Wary, 2002). Les patients atteints de la démence d'Alzheimer sont susceptibles d'être plus réceptifs à la douleur aiguë car

la zone cérébrale sensorielle est, dans une certaine mesure, préservée dans cette maladie (Belin & Gatt, 2006, p. 252 ; Herr et al., 2011).

Savoie (2008) affirme qu'il a été démontré qu'en soi, la démence n'exerce aucun impact sur le seuil douloureux ni sur la tolérance à la douleur. Une des causes les plus importantes de ce phénomène est la difficulté d'évaluer la douleur (Belin & Gatt, 2006, p. 248).

Outils d'évaluation de la douleur

Actuellement il n'y a pas de « gold standard » disponible pour valider la présence de douleur chez les patients âgés non communicants (Belin & Gatt, 2006). Cependant, l'outil PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) est le meilleur outil à l'heure actuelle (Chatelle et al., 2008 ; Savoie, 2008). C'est une échelle multidimensionnelle mise au point à l'intention des personnes âgées qui souffrent d'une atteinte cognitive et qui ont du mal à s'exprimer (Chatelle et al., 2008 ; Gossard, 2010 ; Savoie, 2008). Doloplus-2 est un outil français étudiant les aspects pluridimensionnels de la douleur chez les personnes âgées non communicantes. Les comportements sont classés en trois groupes évoquant le retentissement somatique, psychomoteur ou psychosocial de la douleur (Chatelle et al., 2008). Doloplus-2 évalue l'évolution de la douleur dans le temps (Belin & Gatt, 2006).

Le rôle infirmier

Dans ce contexte d'une personne âgée non communicante l'utilisation des moyens d'évaluation indirects tels que l'observation du comportement ou des mesures physiologiques est nécessaire (Michel, 2009). Chez les patients âgés, le patient lui-même exprime un certain fatalisme : « C'est normal que j'aie mal puisque

je suis vieux... » (Laudet, 2006). Quand, de plus, il ne peut pas s'exprimer en raison de troubles déficitaires, il est très probable que sa douleur soit sous-traitée parce que sous-évaluée ou non détectée par le personnel soignant (Belbachir, 2007 ; Belin & Gatt, 2006 ; McAuliffe et al., 2008 ; Tsai & Means, 2005). La plainte doit être entendue et non pas interprétée à travers la propre subjectivité du soignant. C'est pourquoi l'utilisation d'outils d'évaluation les plus fiables possibles et validés reste un standard de soins auquel chacun doit essayer de se conformer (Laudet, 2006). La démence n'immunise pas contre la douleur. Tout changement de comportement doit faire évoquer une situation algique : agitation, agressivité ou mutisme, cris, confusion, dépression, syndrome de glissement (anorexie, trouble du sommeil, perte d'autonomie) (Belin & Gatt, 2006 ; Herr et al., 2011).

Les infirmières disent elles-mêmes qu'il est difficile d'évaluer la douleur auprès des personnes âgées atteintes d'un trouble cognitif, mais également à cause des troubles du langage ainsi que des troubles d'humeur. D'autre part, le temps mis à disposition n'est pas suffisant pour pouvoir mettre en place des interventions non pharmacologiques (Rupp Wysong, 2014).

Pour Laudet (2006), l'organisation au sein d'une institution peut également être problématique : il faut demander au médecin de prescrire des médicaments, ces derniers sont mis sous clé donc les infirmières perdent du temps pour avoir ce genre de renseignements par exemple. L'attitude et les représentations des autres infirmières peuvent également entraver la bonne gestion de la douleur : «La personne âgée est en train de mourir de toute façon ».

La problématique

La maladie d'Alzheimer a un grand impact au niveau de la communication. Plus la maladie progresse, moins la personne arrive à s'exprimer (Grisé, 2010 ; Pager, 2010 ; Ploton 2010). La douleur n'est plus exprimée verbalement, mais manifestée par des comportements. La démence est un syndrome de détérioration cognitive, chronique et progressive (OMS, 2015 ; Ploton, 2010). Elle implique la mémoire, le langage, l'affect, la personnalité et les fonctions visuelles et perceptives. A un stade avancé, ces patients se montrent confus, parfois agités et incapables de communiquer clairement leurs sensations (Laudet, 2006 ; OMS, 2015).

Pour Sengstaken (1993, cité dans McAuliffe et al., 2008, p. 3), il a été possible de détecter une douleur chez 43 % des patients aptes à communiquer. Par contre, ce pourcentage était ramené à 17 % chez ceux qui avaient des troubles cognitifs tels qu'ils n'étaient pas capables de communiquer. Par conséquent, l'évaluation de la douleur par le personnel soignant est le fondement de la gestion de la douleur lorsque les patients sont incapables de communiquer. Il est donc primordial, pour les infirmières, de connaître les obstacles à la gestion de la douleur. Elles doivent détecter les signes de douleurs et les évaluer avec des échelles appropriées à la situation. Ceci est essentiel car, selon Tsai & Means (2005), lorsque les personnes démentes ont une diminution de la capacité à communiquer leur douleur aux soignants, elle passe inaperçue et de ce fait, elle n'est pas traitée. Ce qui signifie que la douleur est sous-diagnostiquée et par conséquent sous-traitée (Belin & Gatt, 2006 ; McAuliffe et al., 2008 ; Tsai & Means, 2005).

Question de recherche et objectif

Population : Personnes âgées démentes non communicantes verbalement à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer

Intervention : L'infirmière connaît les obstacles dans la prise en charge de la douleur chronique dans cette population. Elle observe la personne âgée démente afin de détecter les signes évocateurs. Elle l'évalue avec des échelles appropriées et utilise des outils adéquats à disposition. Elle tient compte des idées, pensées et des représentations préconçues dans sa pratique.

Contexte : Dans un Etablissement Médico-Social (EMS)

Outcome : Nous avons choisi comme résultat probant : le statut fonctionnel qui se définit comme la construction multidimensionnelle dont les composantes sont, au minimum, d'ordre comportementales, psychologiques, cognitives et sociales (Doran, 2010). Nous nous intéressons à la dimension de la douleur physique (Watt-Watson & McGillion, 2010, cités dans Doran, 2010). Notre question de recherche est la suivante :

« Quels sont les obstacles pour détecter, évaluer, gérer la douleur chez une personne démente atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé dans un EMS ? »

Cette revue de littérature a pour but de recenser les obstacles à la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade où la personne, résidant dans un établissement médico-social, ne communique plus verbalement.

Cette question de recherche, doit nous mener à un soulagement de la douleur physique, à une amélioration de la qualité de vie, à prévenir des conséquences

néfastes physiologiques et psychologiques, à améliorer la gestion de la douleur au niveau infirmier et à mettre en avant les directives de traitement(s) pour les personnes souffrant de démences.

Cadre théorique

Un cadre théorique regroupe plusieurs modèles et concepts autour d'un thème commun (Loiselle, 2007, p. 161). Il permet de définir la façon dont le problème sera étudié et sert à donner du sens aux résultats de recherche afin de les rendre généralisables selon A. Lambelet (Initiation à la recherche en sciences infirmières : Problématique et question de recherche [Présentation PowerPoint], 26 septembre 2014).

Le modèle théorique socio-communicatif de la douleur de Craig (2009) et trois concepts de soins ont été choisis pour appréhender de manière plus fine le rôle de l'infirmière dans les obstacles à l'évaluation, à la reconnaissance et à la gestion de la douleur auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé non communicantes verbalement dans le contexte des établissements médico-sociaux. Ce modèle permettra ultérieurement d'analyser les résultats.

Modèle socio-communicatif de la douleur de Craig

La théorie élaborée par Craig (2009) est issue de la psychologie cognitive. Le phénomène de douleur et ses composantes multiples sont intégrés dans le modèle en complément des composantes biologiques. (Hadjistavropoulos et al., 2011). Il n'est donc pas centré que sur les caractéristiques sensorielles de la douleur.

La douleur est expérimentée, puis exprimée de façon comportementale et physiologique. Elle est ensuite encodée par le sujet, puis doit être décodée par le soignant. La prise en charge de la gestion de la douleur débutera suite à ce décodage. Ce processus est influencé par des déterminants intra et interpersonnels (Teike Lüthi, 2013).

Évaluer la douleur est un acte complexe regroupant plusieurs composantes (psychologiques, physiologiques, situationnelles, etc.) et nécessite des capacités communicationnelles importantes. Schiavenato et Craig (2010) précisent que

verbaliser l'expérience douloureuse n'est pas aisé et que ne pas verbaliser sa douleur ne signifie pas pour autant ne pas avoir mal.

[Traduction libre] Pour saisir le phénomène expérimenté par la personne et soulager la situation algique, «L'évaluation doit se baser sur des informations acquises durant la transaction complexe entre le patient et le clinicien » (Schiavenato & Craig, 2010). Le processus d'évaluation est au centre du modèle. Il est amorcé par un stimulus qui génère une sensation douloureuse et que la personne ressent. La personne l'exprime ensuite par des signes verbaux et non verbaux différents. « Sur la base de ces signes, le soignant réalise avec le patient une évaluation de la douleur, puis pose un jugement clinique lui permettant de réaliser, ou non, une intervention antalgique » (Teike Lüthi, 2013).

Cependant des obstacles interfèrent dans cette relation soigné-soignant. Comme relevé dans la problématique, la manière verbale et/ou non verbale d'exprimer son ressenti pour le patient a un impact majeur. L'expression du ressenti est influencée par des représentations personnelles, des pathologies de l'âge avancé, des troubles moteurs, cognitifs, des déficits sensoriels ou des handicaps survenant au cours de la vie. De plus, le patient peut décider consciemment de ne pas exprimer sa douleur pour des raisons personnelles et individuelles (Schiavenato & Craig, 2010).

Du côté du soignant, Schiavenato et Craig (2010) évoquent des obstacles comme la priorité donnée par les infirmières aux signes non verbaux et comportementaux de la douleur (gémissements, cris, position algique, faciès crispé, etc.). Ces signes non verbaux et comportementaux doivent être en accord avec les variations signes vitaux pour que l'infirmière valide la présence de douleur (Herr et al., 2011). L'auto-évaluation du patient semble avoir un effet moindre sur le jugement clinique infirmier de présence réelle de douleur. « L'influence des

expériences antérieures ainsi que la charge de travail ou la qualité de la communication interprofessionnelle interagissent aussi dans ce processus d'évaluation de la douleur et contribue à consolider ces obstacles ». (Hadjistavropoulos et al., 2011 cités dans Teike Lüthi, 2013). Il faut comprendre comment le soignant parvient, en recueillant une variété de données et de signes générés par la personne vivant l'expérience de la douleur, à poser un jugement clinique, à décider du soin à donner et garantir que l'intervention choisie soit adaptée aux besoins spécifiques de cette personne (Hadjistavropoulos et al., 2011 ; Teike Lüthi, 2013).

Le but du modèle est de mettre en évidence les facteurs intra et interpersonnels distincts, du patient et du soignant, susceptibles d'influencer l'évaluation de la douleur et l'action du soignant visant à améliorer le confort du patient (Teike Lüthi, 2013). Le modèle de Schiavenato et Craig (2010) permet d'orienter nos axes de discussion répondant à notre question de recherche. En tant qu'infirmière, surmonter les obstacles à la gestion de la douleur auprès de la population démente non communicante verbalement, demande de comprendre la souffrance vécue lors de l'expérience de la douleur. Il est par ailleurs nécessaire de prendre en compte le contexte de vie de la personne pour adapter la prise en soin et viser l'amélioration de son bien-être par le soulagement de son inconfort (Teike Lüthi, 2013).

Concepts

Démence

Le mot démence était utilisé comme synonyme de folie. Il conserve toujours ce sens dans le langage courant. C'est à partir des définitions de Pinel et d'Esquirol, au début du XIXe siècle, qu'il va progressivement prendre son sens médical actuel : « Diminution, le plus souvent irréversible, des facultés psychiques, liée à une altération organique des cellules cérébrales (Albou, 2015) ».

À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement qui permette de guérir de la démence ou d'en modifier l'évolution. De nouveaux traitements sont actuellement testés à différents stades d'essais cliniques (OMS, 2015). Les principaux objectifs concernant la prise en charge de la démence sont : le diagnostic précoce afin de favoriser une prise en charge rapide et optimale. La santé physique et des activités visant le bien-être sont importantes. Le dépistage, le traitement des comorbidités, la détection et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques difficiles sont nécessaires. Pour compléter la prise en charge, les personnes qui prodiguent des soins aux personnes âgées démentes doivent avoir des informations complètes et du soutien à long terme (OMS, 2015).

Communication

Le mot « communication » provient du verbe latin *communicare*, qui veut dire « Partager quelque chose, mettre en commun » (Le Petit Robert, 2010). De ce fait, la communication est un phénomène essentiel à la relation que les êtres vivants entretiennent lorsqu'ils se rencontrent en communauté. Grâce à la communication, les personnes obtiennent des informations et peuvent les échanger.

Le processus communicatif transporte des signaux (sons, gestes, indices, etc.) dans le but de faire passer un message (Watzlawick, 1980, cité dans Ammar et al., 2015). Pour que la communication soit une réussite, le récepteur doit être capable de décoder le message et de l'interpréter. Le processus se convertit à partir du moment où le récepteur répond et devient lui-même l'émetteur (L'émetteur original devient alors le récepteur de l'acte communicatif).

Dans le cas des êtres humains, la communication est un acte propre à l'activité psychique, qui dérive de la pensée, du langage et du développement des capacités psychosociales de relation (Pager, 2010). L'échange de messages (pouvant être verbaux ou non verbaux) permet à l'individu d'avoir de l'influence sur les autres et d'être influencé à son tour. Les éléments qui se distinguent dans le processus communicatif sont, le code (un système de signes et de règles servant à représenter et à transmettre l'information entre l'émetteur et le récepteur), le canal (le média de transmission d'information), l'émetteur (celui qui souhaite transmettre le message) et le récepteur (celui à qui le message est adressé) (Pager, 2010).

Selon Doenges, Moorhouse et Geissler-Murr (2012, p. 189) la communication verbale altérée est une difficulté ou une inaptitude à recevoir, à traiter, à transmettre et à utiliser un système de symboles. La population concernée par cette revue de littérature est considérée comme ayant des difficultés à communiquer verbalement. L'émetteur peut être l'infirmière qui cherche à mener une évaluation de la douleur auprès de la personne démente qui est, elle, le récepteur du message. Comme précité, pour que le message passe de manière efficace, le récepteur doit pouvoir décoder le sens du message émit. A l'inverse, l'émetteur peut être la personne âgée démente qui souhaite transmettre son signal douloureux à l'infirmière qui devient alors le récepteur. Dans les deux cas de figure, des difficultés à décoder le message

démontre l'importance de trouver d'autres stratégies pour réussir efficacement à communiquer.

Douleur

L'association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain–IASP) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion (définition proposée en 1979 par Merskey). Il existe trois types de douleur : la douleur aiguë, la douleur chronique et les douleurs d'origines psychologiques. Une description plus approfondie de ces types de douleurs sont abordés dans le chapitre « Douleur et démence ».

Selon Doenges, Moorhouse et Geissler-Murr (2012, p. 359), la douleur chronique est définie comme « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». La durée est supérieure à six mois, le début est variable ainsi que son intensité. La douleur indique que quelque chose ne va pas. La douleur chronique peut aussi bien être récurrente que constante. D'une manière ou d'une autre, elle est invalidante.

Une douleur non traitée peut mener à des complications importantes chez la personne âgée, comme un décubitus ou un syndrome de « glissement ». Les effets néfastes peuvent aussi apparaître chez l'entourage de la personne. Le personnel infirmier peut ressentir un sentiment d'impuissance, d'usure et d'épuisement, la famille peut être découragée ou alors entrer dans un comportement de surprotection vis-à-vis de la personne démente (Muller & al., 2012, p. 283-284).

Méthode

Argumentation du devis de recherche

Le devis est une revue de littérature. Il s'agit d'une « évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique » (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013, p.7). Pour Fortin (2010), expliquant les méthodes d'analyse d'études probantes, dans lesquelles s'insère la revue de littérature : « Ces approches utilisent des méthodes explicites pour identifier, sélectionner, évaluer et résumer une grande quantité d'informations afin de favoriser le processus de prise de décision dans la pratique ». (p.263)

Ce devis est adapté pour répondre à la question de recherche car il permet d'avoir une meilleure connaissance du problème, en recensant différentes opinions scientifiques. Ce devis sert à définir un point de repère par rapport à la situation actuelle des soins (Fortin, 2010). Il relève les obstacles à la détection, à l'évaluation et à la gestion de la douleur chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé dans un établissement médico-social.

Cette revue de littérature nécessite l'identification des articles dans les banques de données, une sélection de ces articles et la réalisation d'une analyse sur la base de deux grilles d'analyse d'articles quantitatifs et qualitatifs prévues à cet effet. Ces grilles permettent d'analyser la méthodologie et le contenu des articles. Finalement la synthèse et la discussion des résultats est effectuée.

Banques de données

Des banques de données telles que *PubMed*, *Journal of Advanced Nursing*, *Applied Nursing Research* et *Pain Management Nursing* ont été consultées. Des articles scientifiques ont été sélectionnés pour répondre à la question de recherche.

Les mots-clefs anglais suivants ont été sélectionnés pour délimiter les recherches :

Pain, nurses, dementia, nursing home, pain assessment, pain management, non verbal, communication, elder, best practice, belief, attitude, barriers or obstacles.

Critères de sélection

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de cette revue de littérature correspondent aux articles scientifiques. Ces différents articles doivent dater de 2006 à 2016, et être en français ou en anglais. Ils permettent d'identifier les obstacles à la détection, l'évaluation ou la gestion de la douleur auprès des personnes non communicantes verbalement atteintes de la maladie d'Alzheimer. Côté personne âgée sévèrement démente – infirmière – institution. Finalement, les articles doivent s'intéresser de manière explicite aux obstacles dans la détection, l'évaluation et la gestion de la douleur auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé non communicantes.

Critères d'exclusion

Les articles scientifiques exclus de notre recherche remplissent les critères suivants : date de publication inférieure à 2006, avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ayant moins de 65 ans , qui peuvent communiquer leur douleur verbalement et , finalement, qui étaient à un stade léger ou modéré de la maladie.

Démarche d'analyse et stratégies de recherche

Après une observation rigoureuse des articles scientifiques figurant dans les banques de données, huit ont été retenus. Un article a été trouvé dans la bibliographie d'une revue de littérature non sélectionnée et un second suite à la lecture de travail d'un Master. Sur 30 articles, six articles ont été choisis car ils

correspondaient aux critères d'inclusion et étaient pertinents pour notre question de recherche.

Les grilles d'analyse suivantes ont été utilisées pour analyser les articles scientifiques, selon leur devis de recherche :

- Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007 ; Fortin, 2010)
- Grille de lecture d'un article scientifique, approche qualitative (Loiselle & Profetto-McGraft, 2007 ; Fortin, 2010)

L'analyse des articles scientifiques a été réalisée en binôme. Ainsi, tous les articles scientifiques ont été analysés de la même manière.

Tous les résultats des articles scientifiques ont été comparés. Les éléments communs ont été ressortis. La significativité des résultats et la qualité des articles ont déterminé la pertinence des résultats.

Stratégie 1

((("Pain"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Aggression"[Mesh]) AND "Nursing Homes"[Mesh]) NOT "Child"[Mesh]. Filters : published in the last 10 years dans PubMed

Résultats : 3 articles dont le suivant a été retenu :

- Ahn H., et al., (2015). Pain and aggression in Nursing Home Residents with dementia. *Nursing Research*, vol.64.

Les deux autres articles n'ont pas été sélectionnés car un des articles ne prenait pas en compte la dimension de la douleur. L'autre est un article qui aborde la même thématique, néanmoins, il est moins récent que celui que nous avons sélectionné.

Stratégie 2

Notre deuxième article a été repris dans les références de la revue de littérature suivante:

Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230–250. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>

- Husebo et al., (2008). Who suffers most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 427-433.

Cet article nous a paru pertinent car il aborde notre population dans le contexte choisi pour cette revue. Il permet d'avoir des résultats scientifiques sur l'intensité et le ressenti de la douleur selon le diagnostic de démence.

Stratégie 3

((("Dementia"[Mesh]) AND "Nursing Homes"[Mesh]) NOT "Child"[Mesh]) AND "Pain Management"[Mesh]. Filters : published in the last 10 years dans PubMed

Résultats : 1 seul article est obtenu. Il correspond à nos critères d'inclusion.

- Barry et al. (2012) An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 27, 1258-1266.

Stratégie 4

You searched for **pain assessment** in All Content AND **nurse belief** in All Content AND **practice** in All Content NOT **children** in All Content AND **Nonverbal** in All Content dans Pain Management Nursing

Résultats : 13 articles dont le suivant a été choisi :

- Rupp Wysong P., (2014). Nurses' beliefs and self-reported practices related to pain assessment in nonverbal patients. *Pain management nursing*, 15(1),176-185.

Les autres articles n'ont pas été choisis car ils concernaient les patients atteints d'une pathologie oncologique et ne se basaient pas sur une population âgée et atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Stratégie 5

You searched for **pain management** in All Content AND **nurse belief** in All Content NOT **Children** in All Content AND **aging** in All Content AND **dementia** in All Content dans Applied Nursing Research

Résultats : 1 article a été retenu :

- Coker E., Papaionnou A., et al., (2010). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Applied Nursing Research*, 23, 139-146.

Stratégie 6

Pain in Article Titles AND **assessment** in Article Titles AND **dementia** in Article Titles AND **older** in Article Titles between years 2006 and 2016 dans Journal of Advanced Nursing

Résultats : 1 article qui a retenu toute notre attention :

- McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M. & Fetherstonhaugh D., (2008). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of advanced nursing*.

Nous nous permettons de retenir cette revue de littérature car elle apporte des éléments importants pour répondre à notre question de recherche : « Les barrières à la bonne gestion de la douleur auprès de la population démente ».

Stratégie 7

((("Dementia"[Mesh]) AND "Pain Management"[Mesh]) AND "Nursing Homes"[Mesh]) NOT "Child"[Mesh]. Filters : Free full text ; published in the last 10

years dans PubMed

Résultats : 11 articles dont celui-ci qui a retenu toute notre attention.

- Gilmore-Bykovskyi A. & Bowers B. (2013) Understanding Nurses Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia, *Res Gerontol Nurs.* 6 (2) 127-138. Doi:10.9028/19404921-20130110-02

Stratégie 8

L'article de Madame Teike Lüthi a été ajouté suite à la lecture de son travail de Master et constitue notre huitième article.

- Teike Lüthi, F., Gueniat, C., Nicolas, P., & Ramelet, A.-S. (2015). Les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières : étude descriptive au sein d'un hôpital universitaire suisse. *Douleur Analgésie.*, (28), 93–99.

Articles sélectionnés					
Articles	Date	Auteurs	Titre	Type	Journal
	2015	Teike Lüthi et al.,	Les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières : étude descriptive au sein d'un hôpital universitaire suisse	Qualitatif	Douleur et Analgésie
	2015	Ahn et al.,	Pain and aggression in Nursing home Residents with dementia.	Quantitatif	Nursing Research
	2014	Rupp Wysong P.	Nurses' beliefs and self-reported practices related to pain assessment in nonverbal patients	Qualitatif	Pain management nursing
	2013	Gilmore-Bykovskyi et Bowers	Understanding nurses decisions to treat pain in Nursing Home residents with dementia	Qualitatif	Res Gerontol Nurs.
	2012	Barry et al.,	An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes toward pain in residents with dementia	Mixte	International Journal of Geriatric Psychiatry
	2010	Coker et al.,	Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units.	Mixte	Applied Nursing Research
	2008	McAuliffe et al.,	Pain assessment in older people with dementia	Revue de littérature	Journal of Advanced nursing
	2008	Husebo B. et al.,	Who Suffers Most? dementia and pain in Nursing Home patients: A cross-sectional study	Quantitatif	Journal of the American Medical Directors Association

Tableau 1: Tableau des différents articles choisis

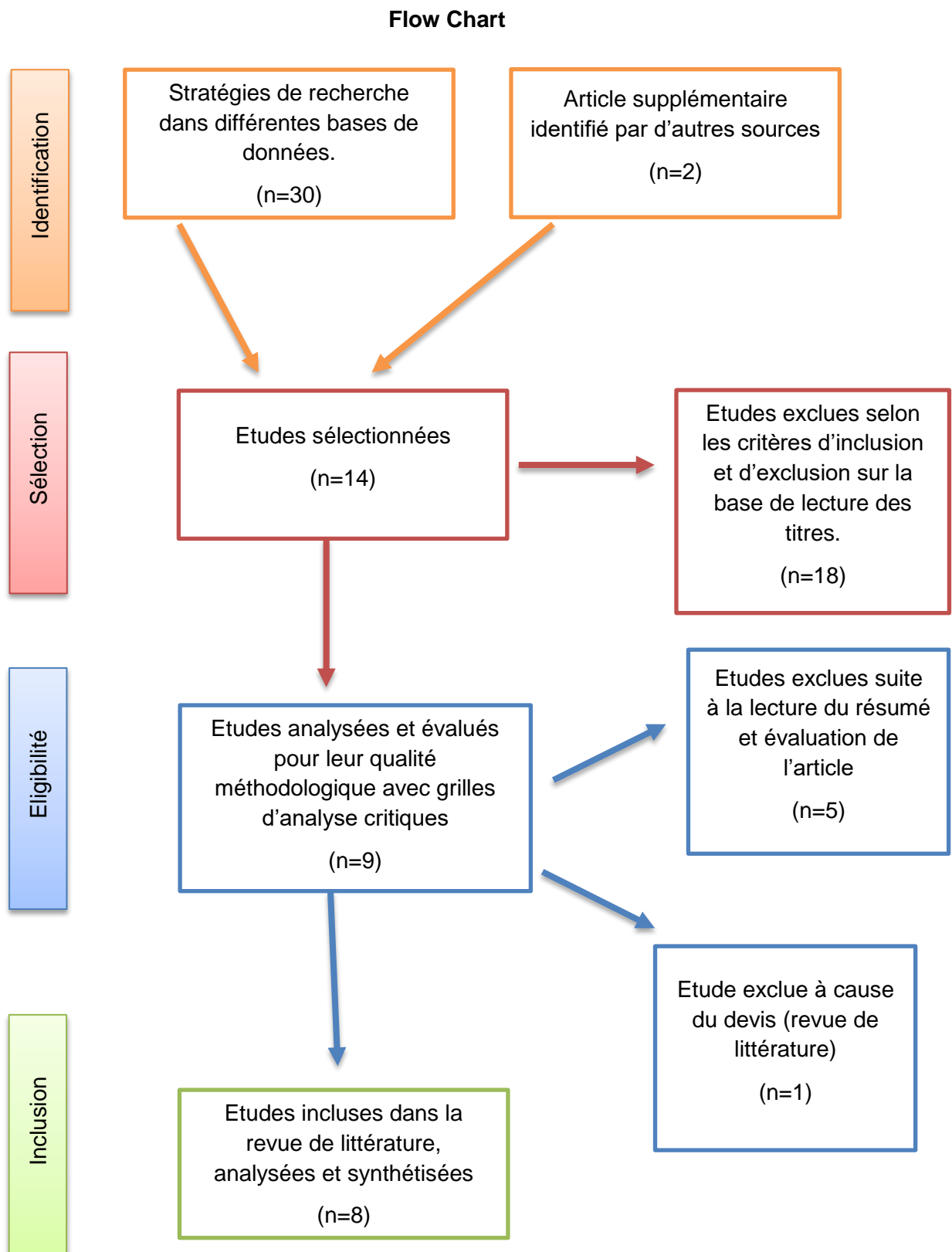


Figure 1: Flow Chart de revue de la littérature. Source : Prisma, 2009

Comme présenté dans le *Flow Chart* (Figure 1), nos stratégies de recherches nous ont permis d'identifier 32 articles. La précision des mots MeSH cible les résultats obtenus. En effet, au départ, lorsque nous associons les divers termes MeSH nous avons des résultats par centaine. Il a suffi d'ajouter le critère « NOT Child » pour réduire concrètement le nombre d'articles. Ceci est peut-être dû à notre manque d'expérience en méthodologie de la recherche et à notre manière floue de commencer nos démarches. Une fois les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués ainsi qu'une lecture critique des titres réalisée, il restait 14 articles. Nous avons analysé les résumés et effectué une lecture de ces 14 articles ce qui nous a permis d'en exclure 5. Les 9 articles restants ont été analysés selon les grilles méthodologiques et ont répondu à nos exigences. Nous avons dû retirer un de nos articles choisis qui était une revue de littérature (Herr et al., 2011). Les principaux résultats de nos huit articles sont présentés dans le chapitre suivant.

Grâce à ce travail de méthodologie, nous avons accédé aux diverses banques de données et pu saisir l'ampleur de la difficulté de choisir des articles pertinents, respectant la qualité attendue pour une revue de littérature et qui puisse répondre à notre question de recherche.

Qualité méthodologique des résultats

Les huit articles scientifiques retenus comprennent divers devis de recherches. Ils ont tous été publiés entre 2008 et 2015.

Deux de ces études présentent des devis de recherche quantitatifs (Ahn et al., 2015 ; Husebo et al., 2008). L'article de Ahn et al., (2015) est un devis descriptif croisé. La douleur est conceptualisée comme facteur proximal pour représenter dans quelles conditions une agression physique ou verbale peut apparaître de la part des résidents déments vivant dans un établissement médico-social. Le « odd

ratio » est ajusté avec les autres variables telles que les caractéristiques démographiques, le stade de déficience cognitive, le niveau de diminution des activités de la vie quotidienne, l'utilisation des médicaments antalgiques et les comorbidités diverses pour permettre une interprétation plus vraie des résultats obtenus. Pour les deux études quantitatives retenues, les chercheurs ont contrôlé les variables étrangères afin de supprimer ou de réduire leurs effets qui risquent de compromettre la validité des résultats de la recherche (Fortin, 2010, p. 319). De plus, l'utilisation appropriée des techniques statistiques pour analyser les données assurent une validité statistique (Fortin, 2010, p. 322). Le second article (Husebo et al., 2008) est une étude quantitative transversale. L'objectif de cette étude est d'explorer la relation qui existe entre les différents stades de démence des résidents d'un EMS et l'utilisation des médicaments antalgiques selon l'intensité de la douleur. Cet objectif soutient l'hypothèse des auteurs que l'intensité de la douleur diffère chez les personnes démentes selon les différents stades de démence (Husebo et al., 2008).

Trois articles sont libellés selon un devis de recherche qualitatif (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013 ; Rupp Wysong, 2014 ; Teike Lüthi, 2015). Les critères constructivistes, élaborés par Lincoln et Guba (1985, cités dans Fortin, 2010, p.283) pour une recherche qualitative, sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité (neutralité). Ces derniers visent à accroître la rigueur des données qualitatives récoltées. L'étude descriptive transversale menée par Teike Lüthi (2015) a pour but d'identifier les obstacles à la gestion de la douleur des patients hospitalisés en milieu de soins aigus perçus par les infirmières. L'étude de Rupp Wysong (2014) a exploré les croyances et les pratiques des infirmières liées à l'évaluation de la douleur chez des patients non communicants verbalement. Le but de l'étude qualitative de Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013) était d'examiner

comment les infirmières prennent des décisions pour traiter la douleur auprès des résidents déments aux moyens d'interventions pharmacologiques.

Un article retenu est une revue de littérature. Selon Houser (2008, cité dans Fortin, 2010, p. 263), la revue systématique met en évidence la pratique fondée sur les données probantes. Elle résume les différentes études et les résultats de façon objective. Selon A. Lambelet, (Revue de littérature, revue systématique de littérature et méta-analyse [Présentation PowerPoint], 10 septembre 2014), la revue systématique est le plus haut niveau de preuve que l'on puisse rencontrer dans les écrits scientifiques. L'étude de McAuliffe et al., (2008) a pour objectif d'identifier les barrières à la bonne évaluation de la douleur auprès des personnes âgées démentes et les stratégies possibles pour surmonter de telles barrières. Cette revue de littérature a inclus des personnes âgées démentes ayant des difficultés à reporter leur douleur verbalement.

Deux articles présentent un devis mixte. Le devis mixte inclut des techniques provenant des méthodologies de recherche quantitatives et qualitatives, il peut être utilisé pour répondre à des questions dont on ne pourrait obtenir de réponse autrement (Tashakkori & Teddlie, 2003 cités dans Fortin, 2010, p.263). En effet, l'étude de Barry et al., (2012), a été menée par un questionnaire dans 244 EMS de l'Irlande du Nord et les résultats sont présentés sous forme de statistiques avec une description de ceux-ci. L'étude de Coker et al., (2010), présente un devis exploratoire mixte et séquentiel. L'étude a été menée en deux temps. D'abord, une liste des barrières et de facilitateurs à la bonne gestion de la douleur auprès des personnes âgées hospitalisées est réalisée. Puis, dans la seconde phase de l'étude, le but est de développer un outil. Les chercheurs ont évalué au moyen de cet outil qu'elles sont les croyances infirmières qui contribuent à une sous-optimale gestion de la douleur (Coker et al., 2010).

Ces diverses études ont eu lieu dans différents pays tels que les Etats-Unis (3) (Floride, Indiana, Wisconsin), le Canada (1), la Suisse (1), l'Irlande du Nord (1) et la Norvège (1). La revue de littérature a été réalisée en Australie. Cette problématique a une influence internationale et démontre un intérêt considérable pour l'avenir de la gestion de douleur et des soins nécessaires aux personnes démentes.

Le nombre de participants varie selon les études retenues. Les participants sont principalement des personnes démentes vivant dans un établissement médico-social ou des infirmières. En effet, quatre d'entre elles sont constituées d'un échantillon comprenant des infirmières (Coker et al., 2010 ; Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013 ; Rupp Wysong, 2014 ; Teike Lüthi, 2015). La première s'est effectuée avec 74 infirmières travaillant dans un EMS (Rupp Wysong, 2014), la deuxième avec 36 infirmières en soins aigus (Coker et al., 2010) et la troisième avec un échantillon composé de 70 infirmières travaillant dans des unités de médecine (Teike Lüthi, 2015). La dernière étude, Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013), est composée de treize infirmières travaillant dans quatre unités de soins dans un EMS du Wisconsin. Les entretiens semi-structurés utilisés dans cette étude permet à l'infirmière interrogée de compléter plus librement les réponses afin d'enrichir les discussions et les résultats de l'étude. Suite aux entretiens un modèle conceptuel de la douleur chez les personnes démentes a été créé en partant des perspectives des infirmières. Ce modèle devrait pouvoir guider de futures recherches et la pratique clinique.

Barry et al., 2012 ont recruté des infirmières indirectement en contactant dans un premier temps l'EMS dans lesquels elles travaillaient. Les auteurs de l'étude ont envoyé un questionnaire dans de nombreux EMS en Irlande du Nord. Les infirmières intéressées à participer ont répondu. Un taux de participation de 39,3% pourcent a été obtenu, soit un total de 96 questionnaires remplis. Une autre étude a

retenu comme participants 71' 227 personnes démentes à un stade avancé dans 13'894 maisons de retraite aux Etats-Unis (Ahn et al., 2015).

Le contexte de soins est diversifié selon les études sélectionnées. Cinq recherches se déroulent dans un établissement médico-social (Ahn et al., 2015 ; Barry et al., 2012 ; Husebo et al., 2008 ; Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013 ; Rupp Wysong et al., 2014). Deux autres études retenues se situent dans le contexte des soins aigus, plus particulièrement dans un service de médecine (Coker et al., 2010 ; Teike- Lüthi, 2013).

Six études se sont consacrées, exclusivement, à la profession infirmière (Ahn, 2015 ; Barry et al., 2012 ; Cocker et al., 2010 ; Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013 ; Teike Lüthi 2013 ; Rupp Wysong, 2014). Une étude s'intéresse tant aux personnes démentes vivant dans un EMS qu'aux infirmières travaillant au sein de l'EMS (Husebo et al., 2008). Trois de ces recherches précisent le niveau de formation, car certaines infirmières sont cliniciennes ou infirmières-assistantes (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013, Teike Lüthi, 2013 ; Rupp Wysong, 2014).

Quatre études ont été, au préalable, approuvées par une commission d'éthique avant de commencer leur enquête (Barry et al., 2012 ; Cocker et al., 2010 ; Husebo et al., 2008 ; Teike Lüthi, 2015). La participation a été volontaire et anonyme pour toutes les recherches. De plus, quatre études ont demandé un consentement éclairé, signé de la part du participant (Ahn et al. 2015 ; Husebo et al., 2008 ; Rupp Wysong et al., 2014 ; Teike Lüthi, 2013).

Résultats

Pour classer les résultats obtenus des divers articles scientifiques, nous reprenons la classification de l'Agency for Health Care Policy and Research (1994, cité dans Teike Lüthi, 2015, p. 93) dans les chapitres ci-dessous. Trois types d'obstacles empêchent la gestion efficace de la douleur auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et qui ne peuvent pas communiquer verbalement leur douleur. Les obstacles issus des personnes démentes à un stade avancé, les obstacles basés sur les croyances et le manque de formation des infirmières et les obstacles d'ordre institutionnel.

Obstacles infirmiers

Croyances et représentations de la douleur chez les personnes démentes

Madjar et Higgins (1996, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.4) ont constaté qu'il y avait une prévalence importante de douleur chronique chez les résidents de maison de retraite. Cette douleur chronique est souvent méconnue par les infirmières et est rarement inscrite comme un diagnostic de soin ou détaillée dans les plans de soins.

Cohen Mansfield et Creedon (2002, p. 70, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.4) ont découvert que beaucoup d'infirmières ont été contraintes par leur formation et par leurs habitudes personnelles de travail, de suivre « la croyance / l'idée » qu'un problème comportemental était le résultat d'une détresse psychologique. Les causes potentiellement différentes du problème comportemental ne sont pas recherchées (exemple : la douleur est provoquée par un inconfort). La difficulté de l'infirmière à croire la douleur rapportée par les patients illustre les difficultés à obtenir un consensus entre l'expression de la plainte et le processus d'évaluation et d'analyse de celle-ci (Teike Lüthi, 2013). De plus, l'étude de Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013) a démontré que sans influence de l'interviewer, les infirmières ont

conceptualisé la douleur au travers de changements de comportement de la personne démente. Ces changements sont identifiés au moyen d'indicateurs de la douleur qui sont spontanément décrits par les infirmières comme, par exemple, des comportements d'agitations, des cris ou la résistance aux soins. La présence de ces indicateurs de douleur n'était pas suffisante pour déclencher une intervention pharmacologique amorcée par le rôle autonome infirmier.

Les infirmières attribuent souvent un changement de comportement à un problème psychologique ou psychiatrique. (Kovach et al., (2000) ; Cohen Mansfield & Creedon, (2002) cités dans McAuliffe et al., 2008, p.5). Cette attribution erronée amorce des interventions inadaptées. En effet, Kovach et al., (2000, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.5) a constaté que les analgésiques étaient souvent administrés seulement après l'échec du traitement avec des médicaments psychotropes. Kaasalainen et al., (2007, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.5) rejoint ces résultats en reportant que les comportements des résidents étaient surtout considérés comme étant le reflet de quelque chose d'autre que de la douleur. L'étude de Teike Lüthi (2013) aborde elle aussi différentes problématiques comme l'administration variable des réserves, donner dans un premier temps un psychotrope à la place d'un antalgique aux patients agités et finalement « le manque de standardisation dans les pratiques évaluatives ainsi que l'importance mise sur l'administration des traitements d'office tant que les patients ne se plaignent pas spontanément. »

Cohen Mansfield et Creedon (2002, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.6) ont mené une étude en interviewant les infirmières au sujet des facteurs qu'elles considèrent comme importants dans l'évaluation de la douleur chez des personnes âgées démentes. Les groupes de discussion ont produit une longue liste

d'indicateurs de douleur dont un certain nombre sont liés aux changements physiologiques.

Sur dix indicateurs identifiés par les infirmières comme étant indicatifs de douleur, six d'entre eux étaient des signes physiologiques. Ces derniers semblent être plus indicatifs de douleur aiguë. Adams et al., (1997 cités dans McAuliffe et al., 2008, p.6) ont constaté que les infirmières misent sur des changements physiologiques (variations des signes vitaux, protéger une partie du corps, la pâleur etc.) pour les alerter qu'une personne démente éprouvait de la douleur. Le fait que les infirmières soulignent l'utilisation d'un changement physiologique comme indicateur de douleur, suggère que la douleur chronique peut être particulièrement susceptible d'être non-détectée.

Les infirmières ont aussi la possibilité d'obtenir des informations valables auprès des familles et des proches qui connaissent bien la personne âgée démente (Herr et al., 2006, cités dans Rupp Wysong, 2014, p. 182). L'infirmière doit s'entretenir régulièrement avec les membres de la famille pour recueillir leurs avis sur le changement de comportement de la personne âgée démente.

Plus d'un quart (27%) des infirmières participant à l'étude menée par Rupp Wysong (2014) indiquent qu'elles demandent parfois ou rarement aux membres de la famille de la personne démente d'identifier les changements de comportement qui peuvent indiquer la présence de douleur. Les informations obtenues et le partage d'avis peut permettre de détecter si une douleur est dissimulée derrière le comportement problématique de la personne âgée démente (Rupp Wysong, 2014). Malgré ces recommandations, encore plus d'un tiers (39%) des infirmières ne donnent pas d'importance à obtenir des informations auprès des proches de la

personne âgée démente ou étaient neutres (Herr et al., 2006, cités dans Rupp Wysong, 2014, p. 182).

Il est intéressant de noter que l'unité de soin dans laquelle l'infirmière exerce son métier n'affecte pas les pratiques cliniques mais affectent les croyances. Ces croyances sont donc nourries par des facteurs interpersonnels et intra personnel (Rupp Wysong, 2014). Dans le contexte d'un EMS, l'établissement d'une relation étroite entre la personne démente, son entourage et l'infirmière est indispensable à la réponse des besoins de la personne atteinte de démence sévère sur la durée de son séjour (Rupp Wysong, 2014).

Les infirmières sont aussi guidées par des idées reçues concernant la maladie d'Alzheimer. Selon Rupp Wysong (2014), des infirmières pensent que si le patient ne verbalise pas sa douleur, il n'a pas mal et il n'est alors pas nécessaire de l'évaluer. Pour certaines infirmières (Rupp Wysong, 2014), une bonne manière de constater la présence de douleur chez une personne, est de contrôler les signes vitaux. Herr, Bjoro & Decker (2006, cités dans Rupp Wysong, 2014) recommandent la minimisation de l'utilisation des signes vitaux comme une indication de douleur. Cependant, encore 72 % d'infirmières étaient fortement d'accord ou ont approuvé cette déclaration, « Les changements dans la fréquence cardiaque, la tension et la fréquence respiratoire sont les meilleurs indicateurs de douleur chez le patient non communicant verbalement. » (Herr, Bjoro & Decker, 2006, cités dans Rupp Wysong, 2014). Il est important de souligner qu'une absence de variation des signes vitaux ne signifie pas que la personne incapable de verbaliser sa douleur n'en éprouve pas réellement.

Coker, Papaioannou, Kaasalainen, Dolovich, Turpie & Taniguchi (2010) mettent en avant plusieurs éléments qui entravent la bonne gestion de la douleur chez les

personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Il y a tout d'abord une mauvaise utilisation des échelles d'évaluation auprès de ce type de population : 57% des infirmières interrogées dans cette étude disent utiliser une échelle d'évaluation « parfois ».

Lacunes dans la formation de base et manque de formation continue

Kovach et al., (2000, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.7) ont interviewé des infirmières considérées comme informées et expérimentées (une moyenne de 11 ans d'expérience avec des personnes démentes) dans l'évaluation de la douleur et son traitement auprès des personnes démentes. Les infirmières avaient reçu une formation dans la gestion de la douleur une année auparavant. Il apparaît aussi dans l'étude de Barry et al., (2012) qu'il y a un manque de connaissances des infirmières au niveau de la gestion de la douleur chez les résidents atteints de démence. Les infirmières ayant répondu à l'enquête (63,5%) n'avaient pas reçu de formation récente sur la douleur dans les cas de démence. Elles avaient adopté des procédures formelles pour améliorer la prise en soin de la douleur des personnes démentes. Malgré ces acquis, elles ont exprimé ressentir le besoin d'une formation supplémentaire concernant le processus d'évaluation et les signes et les symptômes d'inconfort proposés que, Kovach et al., (2000, McAuliffe et al., 2008, p.7), rejoignent.

Dans la recherche qualitative de Gilmore-Bykovskyi & Bowers (2013), les infirmières n'ont pas de procédures claires pour évaluer la douleur, pour répondre à des indicateurs de douleur ou à des changements de comportements. Elles n'ont pas d'interventions prioritaires et leurs prises de décisions varient considérablement selon les signes émis par la personne démente.

Non-utilisation des outils d'évaluation de la douleur

La non utilisation d'outils d'évaluation adéquats et appropriés pour mesurer la douleur a été identifiée comme un obstacle à l'évaluation efficace de la douleur auprès des personnes démentes. Allcock et al., (2002, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.5) a constaté que 75 % des maisons de retraite n'ont pas utilisé d'outil d'évaluation de la douleur standardisé. Moins de 84 % des maisons de retraite se basent sur l'auto-évaluation et l'observation réalisées par le personnel soignant durant les soins. Cela dit, 71% des infirmières dans l'étude par Adams et al., (1997, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.5) reportent qu'elles trouvent avantageux d'avoir un outil d'évaluation spécifique contenant une certaine ligne directrice et un organigramme suivi pour identifier les changements qui indiquent la douleur.

Les groupes de discussion menés avec des infirmières de soins communautaires dans cette même étude (Adams et al., 1997, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.7) avec des infirmières de soin suggèrent que certains formats d'outil d'évaluation sont préférables à d'autres. « Les cases à cocher » ont été unanimement jugé comme peu convenables pour l'évaluation de la douleur. Les organigrammes incluant une flèche sont les plus convenables dans la représentation du processus continu de l'évaluation de la douleur. [Traduction libre] L'évaluation de base est importante pour percevoir les changements. Par ailleurs, pour garantir la continuité tant des soins que des informations, les évaluations doivent être conduites, dans la mesure du possible, toujours par la même infirmière (McAuliffe et al., 2008)

Dans l'étude de Rupp Wolong (2014), les données révèlent que les infirmières sont fortement persuadées de l'importance de l'évaluation générale de la douleur (4.26 sur une échelle entre 1 et 5). La majorité des répondantes signalent qu'elles évaluent la douleur fréquemment ou toujours chez tous les patients et qu'elles réévaluent la douleur après l'effet de la médication antalgique (comme il est prévu

de le pratiquer dans les documents d'évaluation de douleur). En outre, les infirmières énoncent que la première voie pour essayer d'évaluer la douleur auprès des personnes âgées démentes est d'obtenir une auto-évaluation de leur part (Rupp Wysong, 2014). La majorité des infirmières indique qu'elles administrent un traitement antalgique si les conditions ou les procédures sont connues comme provoquant de la douleur. Ces réponses indiquent que la pratique réelle des infirmières concernant l'évaluation de la douleur congruent avec les directives institutionnelles en vigueur dans les régions de pratique (Rupp Wysong, 2014).

Pour Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013), les infirmières ont appliqué des tentatives volontaires et minutieuses afin de maintenir le bien-être du résident en répondant à ce qu'elles envisagent comme des besoins non satisfaits.

Manque de temps effectif auprès des patients

Plusieurs études ont mis en évidence l'importance de connaître la personne dans l'élaboration d'une évaluation efficace de la douleur chez les personnes âgées démentes. Parker (1998, cité dans McAuliffe et al., 2008, p.6) rapporte que les infirmières utilisent les changements de comportements comme indicateurs de douleur pour démontrer qu'une personne est algique. Pour identifier ces changements et faciliter l'évaluation de la douleur, l'infirmière doit être familière à la personne démente. Les infirmières utilisent une approche individuelle pour chaque patient qui se base sur une connaissance des habitudes quotidiennes de la personne, des caractéristiques, des goûts et dégoûts. Par contre, McAuliffe et al., (2008) constatent que les comportements doivent être répétés et observés plusieurs fois en présence de la même soignante avant que ceux-ci ne soient liés à une sensation de douleur.

Cohen Mansfield et Creedon (2002, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.6) ajoutent que la connaissance des habitudes d'une personne est très utilisée pour évaluer la douleur à la place des procédures formelles. Cela fournit plus de chances de détecter la douleur chez les résidents dont les infirmières se sentent proches. Cependant, les avis varient considérablement au sujet de la durée exigée pour qu'une infirmière devienne assez familière avec une personne démente afin de pouvoir détecter sa douleur (réponses allant de 1 semaine à 3 mois). Pour l'étude de Teike Lüthi (2015), les obstacles se rapportant au fait de ne pas bien connaître les patients, leur vécu douloureux et l'absence de rigueur dans la manière de documenter le suivi de la gestion de la douleur se situent entre la 11^{ème} et la 12^{ème} place sur 24 obstacles recensés.

Parke (1998, cité dans McAuliffe et al., 2008, p.7) identifie une deuxième façon de détecter la douleur, à savoir la connaissance par l'expérience ou l'intuition. Les infirmières dans l'étude semblent être efficaces à la détection des changements subtils de comportement pouvant révéler la présence de douleur chez les personnes démentes. Elles sont dans l'incapacité de formuler clairement leurs perceptions. [Traduction libre] Parke a expliqué cette perception comme intuitive, émanant peut-être des expériences cliniques diverses auprès des personnes démentes algiques, propre au parcours professionnel de chaque infirmière (1998, cité dans McAuliffe et al., 2008, p.7).

Obstacles de la personne âgée démente

[Traduction libre] Les personnes âgées forment la population la plus susceptible d'avoir sa douleur sous-évaluée. C'est particulièrement le cas pour les personnes atteintes de démence (Weiner & Hanlon, 2001, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.2). En dehors des problèmes liés à la diminution sensorielle et des difficultés de

communication, l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées démentes est plus compliquée en raison d'une multitude d'autres facteurs (Fish-Morris & Gellatly, 1997, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.3). Dans l'étude de Barry et al., (2012), 88,5% des personnes ayant répondu au questionnaire ont reconnu que les résidents atteints de démence éprouvent des douleurs et peuvent montrer des changements de comportement.

Signalement difficile de la douleur par la personne âgée démente

Dans la recherche de Husebo et al., (2008) les patients avec une démence sévère recevant des opiacés comme traitement contre la douleur ont des symptômes douloureux plus intenses que ceux qui n'ont pas de démence. Cependant, la pose du diagnostic de douleur, son intensité et les médicaments antalgiques ne sont pas différents selon les types de démence ou l'absence de démence (Husebo et al., 2008). De plus, l'intensité de douleur n'a pas différé dans les groupes de patients déments comparés avec des patients non déments, mais à différer avec les groupes ayant la maladie d'Alzheimer (Husebo et al., 2008). [Traduction libre] Les résultats suggèrent que les patients déments dans les maisons de retraite vivent une expérience complexe de douleur avec un nombre important de pathologies et probablement un sous-traitement de la douleur dans les cas de démence sévère et de maladie d'Alzheimer (Husebo et al., 2008). Cette même étude contredit les propos de Leong et Nuo (2007, cités dans Husebo et al., 2008, p.430-431) qui ont déclaré que l'augmentation et l'évolution de la démence étaient associées avec une diminution de la fréquence de douleur. Dans leur étude, les patients communicants et non communicants n'ont pas été évalués par la même échelle de douleur, laissant les résultats difficiles à comparer (Leong et Nuo 2007, cités dans Husebo et al., 2008, p.430-431).

Plusieurs études ont examiné la relation potentielle entre la douleur et les symptômes de comportements agressifs chez les patients déments à un stade avancé dont la capacité de communication verbale est altérée et vivant dans un établissement médico-social (Ahn et al., 2015).

Les découvertes de cette étude suggèrent que la gestion efficace de la douleur reste un besoin insatisfait chez les résidents des établissements médico-sociaux, particulièrement chez ceux qui n'ont plus la capacité de reporter leur douleur. En effet, la majeure partie des résidents (89,6%) qui peuvent autoévaluer et reporter leur douleur reçoivent des médicaments antalgiques, tandis que seulement 45,6% des résidents qui ne peuvent pas verbaliser leur douleur reçoivent des médicaments antalgiques (Ahn et al., 2015). Par conséquent, les membres du personnel soignant des EMS doivent réussir à évaluer la douleur des résidents tant avec les indices verbaux que les non-verbaux pour améliorer la gestion de la douleur et réduire le risque d'apparition des symptômes comportementaux agressifs (Ahn et al., 2015 ; Barry et al., 2012).

L'objectif de la recherche de Ahn et al., (2015) est d'examiner la relation entre la douleur et l'agression chez les résidents qui peuvent reporter leur douleur et chez les résidents qui ne peuvent pas reporter leur douleur. Chez ces derniers, la douleur est évaluée par l'équipe soignante selon leurs comportements montrant un indice de douleur. Cette recherche démontre que lorsque la communication est atteinte, la personne atteinte de démence peut manifester des comportements physiques et verbaux agressifs. L'évaluation de la douleur incomplète peut aboutir à un sous-traitement de celle-ci et augmenter les chances qu'un résident expose des symptômes d'agression physique (Ahn et al., 2015). En effet, Kunik et al., (2010, cités dans Ahn et al., 2015, p. 262) ont rapporté que la douleur a augmenté le risque de l'agression verbale et physique parmi 215 patients atteints de démence

demeurant dans une institution. Ceci rend l'évaluation de la douleur et son traitement compliqué pour le personnel soignant.

Dans l'étude de Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013), le but de l'évaluation et du traitement de la douleur des personnes démentes sont rapportés par les infirmières comme une étape nécessaire pour que le résident retrouve son état fonctionnel initial. Les infirmières mettent en place des interventions en premier lieu pour réduire ou éliminer les symptômes comportementaux. De plus, elles expriment le sentiment qu'il est presque impossible d'établir avec certitude quelles sont les causes et les indicateurs de la douleur chez les résidents déments.

La douleur chez les résidents qui peuvent communiquer a été positivement associé seulement à l'agression verbale (Ahn et al., 2015). La douleur parmi les résidents qui ne peuvent pas communiquer a été positivement associée avec l'agression tant verbale que physique. Ainsi, les infirmières, qui sont placées sur la première ligne de soin du patient, peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention, l'évaluation et la gestion de la douleur chez les résidents, particulièrement avec ceux qui ne peuvent pas verbaliser et reporter leur douleur (Chang, Oh, Park, Kim, & Kil, 2011 ; Hadjistavropoulos et al., 2011 ; Wall & White, 2012, cités dans Ahn et al., 2015, p. 257).

Ces résultats suggèrent que la douleur a des effets différentiels sur l'apparition de comportements agressifs dépendant de la capacité des résidents à autoévaluer leur douleur (Ahn et al., 2015). De plus, dans l'analyse multivariée de tous les résidents déments et montrant des indices de douleur, le fait de ne pas communiquer verbalement a été significativement associé à la non réception de médication contre la douleur (Ahn et al., 2015). Ces résultats sont compatibles avec des études précédentes, qui rapportent que les personnes avec une démence

sévère reçoivent moins de médication contre la douleur (Shega et al., 2007, cités dans Ahn et al., 2015, p.260).

Outils d'évaluation de la douleur pour la personne âgée démente

L'auto-évaluation de la douleur, qui est l'évaluation au moyen d'échelles graduées chez des personnes cognitivement intactes, n'est pas utilisable avec des personnes atteintes de démence sévère. Or, dans l'étude réalisée par Barry et al., (2012), 8,3% des infirmières travaillant dans des EMS croient que les résidents atteints de démence peuvent mesurer leur douleur à l'aide d'une auto-évaluation.

Dans l'article de Teike Lüthi (2015), l'obstacle qui arrive en tête touche la problématique de l'évaluation de la douleur et particulièrement le remplissage des échelles de la douleur. La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur est relevée par 54% des infirmières. Cette difficulté peut être influencée par des troubles cognitifs ou sensoriels (65,7% des infirmières la relèvent) mais aussi par une utilisation inappropriée des échelles à disposition. Cette évaluation est cruciale et doit être appliquée pour déterminer le traitement antalgique à instaurer (Ahn et al., 2015 ; Teike Lüthi, 2015).

Attitudes comportementales et représentations de la douleur

Certaines attitudes des personnes âgées algiques peuvent aussi être des obstacles à l'évaluation efficace de la douleur. Madjar et Higgins (1996, cités dans McAuliffe et al., 2008, p. 6), découvrent que la plupart des résidents acceptent leur douleur dans le cadre du processus de vieillissement. L'étude de Teike Lüthi (2015) relève aussi la réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant. De plus, ils doutent que le soulagement efficace de leur douleur soit en réalité possible. D'autres obstacles liés au patient viennent ensuite comme le

manque de connaissances sur les antalgiques et les effets secondaires, les représentations du vécu de la douleur (tolérer la douleur), la volonté de ne pas déranger les infirmières et le fait de ne pas avoir des propos cohérents entre deux évaluations ou de démontrer une contradiction entre l'expression verbale et non verbale de leur douleur (Teike Lüthi, 2015).

Ces croyances et attitudes sont des barrières empêchant l'évaluation efficace, vu qu'elles empêchent, d'une certaine manière, les résidents à reporter leur douleur aux infirmières (McAuliffe et al., 2008).

Obstacles institutionnels

Dotation en personnel infirmier et temps à disposition pour évaluer la douleur

[Traduction libre] Le système de santé actuel semble plutôt encourager les infirmières à être polyvalentes et efficaces avec un grand nombre de patients. La diversité des connaissances accumulées durant l'expérience clinique auprès des personnes démentes peut être utilisée pour mieux détecter et évaluer la douleur chez cette population (McAuliffe et al., 2008).

Comme vu précédemment, l'évaluation réussie de la douleur auprès des personnes âgées démentes dépend en partie d'une bonne connaissance des habitudes de vie de ces dernières. Le temps effectif à disposition des infirmières auprès du patient dément dépend également de la dotation en personnel infirmier. A l'heure actuelle, c'est un défi pour les infirmières d'acquérir une connaissance individuelle de la personne (Barry et al., 2012 ; McAuliffe et al., 2008).

Le nombre croissant de personnel provisoire travaillant dans les soins de la personne âgée signifie qu'il y a des occasions suffisantes pour acquérir de l'expérience en travaillant avec un nombre important de personnes. A l'inverse, cela

démontre aussi que peu de temps est à disposition pour apprendre à bien connaître une personne au point de devenir coutumier de ses habitudes et de ses comportements. Une stabilité du personnel soignant est exigée pour connaître les personnes âgées démentes. (Mc Auliffe et al., 2008)

[Traduction libre] L'évaluation de la douleur a été rapportée comme étant un processus d'essais et d'erreurs comptant sur la consultation avec une équipe pluridisciplinaire (McAuliffe, 2008). Les infirmières sont, certes, en première ligne de soin mais elles ne sont pas les seules à intervenir dans la continuité de la prise en soin de la personne âgée démente. Les membres de la famille, les proches, le médecin, les autres intervenants peuvent être d'une grande utilité dans la détection, l'évaluation et la gestion de la douleur de la personne âgée démente vivant en EMS.

Offre en formation et outils d'évaluation au sein de l'institution

Seulement 44 % des maisons de retraite étudiées par Allcock et al., (2002, cités dans McAuliffe et al., 2008, p.4) fournissent un enseignement pour rendre le personnel soignant qualifié pour évaluer et gérer la douleur auprès des personnes démentes. Cependant, ces maisons de retraite forment encore moins les aides-soignantes (34 %). Dans l'étude de Barry et al., (2012), il est mentionné que des formations sur la douleur étaient offertes à l'ensemble des collaborateurs. Les différentes formations comprennent la formation en soins palliatifs proposée par l'hôpital local, la formation organisée par les sociétés pharmaceutiques et des formations se déroulant à l'interne de l'EMS.

Les dirigeants des homes doivent enseigner au personnel soignant que des comportements agressifs peuvent être causés par une variété de facteurs, y compris la douleur. De plus, le personnel devrait avoir des outils d'évaluation de douleur adéquats et des directives de traitements adaptées aux résidents atteints de

démence pour améliorer la gestion de la douleur dans cette population (Ahn et al., 2015 ; Barry et al., 2012).

Ces faits démontrent que l'institution a un rôle majeur à jouer dans le processus d'évaluation de la douleur afin de garantir la qualité des soins à ses patients, de former ses infirmières de manière optimale et de surmonter les obstacles découlant de la démence sévère en pleine expansion pour les années à venir.

Obstacles à la gestion de la douleur		
Obstacles infirmiers	Obstacles des personnes démentes	Obstacles institutionnels
Difficulté à croire à la douleur exprimée par la personne démente (Teike Lüthi, 2015)	Prévalence importante de la douleur chronique non-détectée chez les résidents en EMS	Manque d'offre en formation et outils d'évaluation au sein de l'institution pas standardisés (Cocker et al., 2010 ; McAuliffe., 2008)
Croyances et représentations de la maladie d'Alzheimer et de la verbalisation de la douleur	La plupart des résidents acceptent la douleur dans le cadre du processus de vieillissement (McAuliffe et al., 2008)	Dotation en personnel infirmiers et temps à disposition pour l'évaluation de la douleur
Méconnaissance des indicateurs et des signes non verbaux de douleur chronique (problème comportemental = détresse psychologique) (McAuliffe et al., 2008)	Changement de comportement (agitation, cris, résistance aux soins...) (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013)	Encouragement du personnel à être polyvalent et efficace (McAuliffe et al., 2008)
Mauvaise utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et manque de temps à disposition (McAuliffe et al., 2008 ;Teike Lüthi, 2015)	Démence sévère = impossible d'obtenir une auto-évaluation de la douleur de la personne démente	Peu de temps à disposition pour apprendre à bien connaître une personne afin de lui être familière (McAuliffe et al., 2008)
Se baser uniquement sur des changements physiologiques comme indicateurs de douleur (McAuliffe et al., 2008)	Le vécu et la tolérance de la douleur (Teike Lüthi, 2015)	Prise en charge pluridisciplinaire difficile (McAuliffe et al., 2008)
Manque de standardisation dans les pratiques actuelles (Barry et al., 2012 ; Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2008 ;	La douleur parmi les résidents qui ne peuvent pas communiquer verbalement a été associée avec l'agression tant verbale	

McAuliffe et al., 2008)	que physique (Ahn et al., 2015)	
Non intervention ou intervention inadaptée (Barry et al., 2012)	Réticence des personnes démentes à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendants (Teike Lüthi, 2015)	
Lacunes de formation (Barry et al., 2012)	La démence augmente l'intensité de la douleur (Husebo et al., 2008)	
	Le fait de ne pas communiquer verbalement a été significativement associé à la non réception d'antalgiques (Ahn et al., 2015)	
Relation étroite entre l'infirmière, la personne âgée démente et ses proches afin de pouvoir répondre aux besoins (Rupp Wysong, 2014)		

Tableau 2 : Synthèse des résultats

Discussion

Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche

Ce chapitre vise à répondre à la question de recherche qui est « Quels sont les obstacles pour reconnaître, évaluer, déceler la douleur chez une personne démente à un stade avancé atteinte de la maladie d'Alzheimer dans un EMS ? ».

La lecture et l'analyse de nos huit articles ont permis d'identifier trois types d'obstacles à la détection, l'évaluation et la gestion de la douleur auprès des personnes démentes à un stade avancé. Les résultats décrits précédemment améliorent les connaissances abordées dans la recension des écrits au début de ce travail. L'organisation de la synthèse des résultats est améliorée par l'implication du modèle théorique de Craig (2009). Finalement, les limites de cette revue de littérature ainsi que les perspectives pour la pratique infirmière sont présentées.

Un des premiers obstacles rencontré et rapporté dans l'ensemble des articles sélectionnés, est la difficulté rencontrée par les infirmières à évaluer et à être convaincues de la présence de douleur chez une personne âgée démente. L'évaluation de la douleur chez ces personnes est rendue complexe par les nombreuses comorbidités et les troubles sensoriels concomitants. Elle l'est plus encore dans la population atteinte de démence. Ces personnes perdent la faculté de traiter l'information et, de ce fait, elles sont moins susceptibles d'exprimer leur douleur de façon claire et cohérente aux infirmières (Ahn & Horgas, 2013). Le modèle de Craig (2009) tente de dépasser ce premier obstacle en se basant sur l'évaluation de toutes les informations capables d'aider et d'orienter l'infirmière dans la compréhension de la situation douloureuse vécue par la personne démente. La priorité est mise sur les composantes de la douleur. Elles doivent être prises en compte malgré la difficulté importante de décoder les nuances de la douleur pour les infirmières. « L'évaluation doit alors être plus fréquente et réalisée sur la base

d'outils adaptés soigneusement sélectionnés, ce qui nécessite plus de temps (Teike Lüthi, 2013). » La notion de temps apparaît bien souvent dans les articles sélectionnés concernant la réalisation des évaluations (Barry et al., 2012 ; Cocker et al., 2010 ; McAuliffe et al., 2008). Cette notion a son importance aussi dans la compréhension et l'application des outils d'évaluation de la douleur après de la personne démente sévèrement. De plus, l'établissement d'une relation étroite basée sur un mode communication particulier entre l'infirmière et la personne âgée démente demande, elle aussi, un certain temps (Rupp Wysong, 2014).

L'infirmière doit se familiariser avec la personne démente pour choisir une échelle adaptée et produire une évaluation correcte sur le long terme pour assurer un suivi dans la prise en soin (Cocker et al., 2010 ; McAuliffe et al., 2008 ; Rupp Wysong, 2014). Les facteurs intra et inter personnels (Teike Lüthi, 2013), tant de l'infirmière que de la personne démente, sont à identifier pour comprendre quels sont les phénomènes additionnels à la difficulté à comprendre la souffrance vécue par la personne démente. Il est indispensable que le personnel soignant ne soit pas replié sur ses croyances mais cherche à connaître le comportement habituel des personnes démentes (Husebo et al., 2008). Il est très difficile d'identifier si un comportement est provoqué par la démence ou s'il reflète une sensation de douleur.

La douleur non traitée amène de nombreux problèmes qui peuvent à terme épuiser l'équipe de soin, créer des situations conflictuelles avec les familles des résidents et surtout péjorer la qualité de vie déjà rendue précaire par le diagnostic de démence des personnes âgées vivant l'expérience douloureuse (Muller & al., 2012, p.283-284). Il serait judicieux de rendre visible le diagnostic de douleur chronique dans le processus de soin de la personne âgée démente (McAuliffe et al., 2008). Ainsi, la douleur est identifiée et connue par l'ensemble des soignants et non pas uniquement du médecin et des infirmières. Dans les EMS, les aides-soignantes

et le personnel non diplômé doivent aussi être sensibilisés afin de garantir des soins optimaux et suivis pour la personne âgée démente. Quand l'infirmière n'est pas présente durant les soins, l'observation par ses subordonnées est primordiale et les transmissions rapportées à l'ensemble de l'équipe sont à encourager vivement. La cohésion de l'équipe sera renforcée et le sentiment d'épuisement ou de culpabilité concernant l'impuissance à soulager la personne âgée démente sera partagé et peut-être moins lourd à porter pour l'infirmière. L'appui par les collègues dans les situations rencontrées et rendues difficiles par l'évolution de la démence est une précieuse source de soutien.

Le rôle de leadership et de formateur font partie des aptitudes des infirmières. Ces deux rôles augmentent les responsabilités infirmières au sein de l'EMS. Savoir utiliser les échelles d'évaluations pour poser un diagnostic infirmier et appliquer les meilleures interventions de soins auprès d'une personne âgée démente fait partie des compétences attendues d'une infirmière.

L'infirmière et la personne démente sévèrement entrent en relation et chacune a sa part d'importance dans les difficultés à évaluer la douleur. Les obstacles en lien avec l'infirmière sont perçus comme moins problématiques dans la plupart des articles sélectionnés (Cocker et al., 2010 ; McAuliffe et al., 2008 ; Rupp Wyson, 2014 ; Teike Lüthi, 2013), néanmoins ils démontrent malgré tout un manque de connaissances et de formation des infirmières. Ces obstacles infirmiers représentent alors un défi que l'institution et les centres de formation de base et post-graduée doivent pouvoir relever (Teike Lüthi, 2013).

Selon Laudet (2006), les obstacles à la reconnaissance de la douleur de la personne âgée démente non communicante verbalement sont souvent les reflets de difficultés d'organisation institutionnelle : insuffisance des transmissions, carence de

réunions multidisciplinaires, absence de motivation de l'un ou l'autre. Ces obstacles ne s'effaceront que lorsque la communication deviendra facile et régulière entre des professionnels correctement sensibilisés et formés.

Stratégies pour surmonter les obstacles

L'étude par Kovach et al., (2000, cités dans McAuliffe et al., 2008, p. 6) a permis d'identifier les stratégies qui peuvent être utilisées pour surmonter les barrières à l'évaluation de la douleur dans la démence avancée. Ces stratégies incluent la connaissance individuelle de la personne (en travaillant systématiquement avec la même personne et passant du temps avec elle) de même que la surveillance et l'observation de n'importe quel changement de comportement (des changements parfois subtils).

[Traduction libre] La connaissance approfondie et complète de la personne est primordiale, pour contribuer à l'évaluation systématique de la douleur chez des personnes âgées démentes (McAuliffe et al., 2008). Pour ce faire, les indices de douleur sont individuellement définis. Les infirmières doivent utiliser des outils validés, mais individualiser l'approche d'évaluation selon la personne âgée démente et ses caractéristiques personnelles. Les institutions de soin doivent, quant à elles, être structurées d'une façon qui permet au personnel soignant de rester avec les mêmes patients pendant une période de temps prolongée (actuellement cette durée n'est pas clairement définie) (Laudet, 2006 ; McAuliffe et al., 2008 ; Teike Lüthi et al., 2015).

Lacunes et contradictions des études

L'article de Ahn et al., (2015), n'a pas inclus les autres facteurs qui contribuent aux symptômes comportementaux agressifs (par exemple, le mélange du personnel soignant et la dotation, la complexité et les conditions environnementales ambiantes

de l'EMS en question). La corrélation positive entre patients déments incapables de communiquer verbalement leur douleur et l'apparition de symptômes agressifs physiques et verbaux sont donc à intégrer dans cette revue de littérature avec réserve. De plus, cette étude ne fournit pas de notion temporelle concernant l'apparition des symptômes agressifs verbaux et physiques des personnes démentes (durée, moment de la journée, fréquence sur une période définie).

Dans l'étude de Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013), les chercheurs ont travaillé en collaboration avec le directeur des soins de l'EMS pour recruter les participantes. Les données sociodémographiques n'ont pas été recueillies. Le seul critère était qu'elles possèdent une licence d'infirmière. La qualité et la taille de cet échantillon nous semblent faible.

La taille de l'échantillon est aussi minimale dans l'étude de Coker et al., (2010) et de Rupp Wyson (2014). Un plus grand échantillon augmenterait la fiabilité de l'indice de confiance des résultats obtenus et ces derniers pourraient être plus aisément généralisables à d'autres infirmières dans d'autres lieux de travail.

L'étude de Husebo et al., (2008), s'est déroulée dans une maison de retraite qui avait une unité de soins palliatifs avec des médecins et du personnel soignant qualifiés dans le traitement de la douleur. Ceci a pu influencer les résultats obtenus. Le fait que les patients inclus dans l'étude sont dans des maisons de retraite indique qu'ils sont certainement plus gravement atteints dans leur santé que des personnes du même âge avec les mêmes diagnostics de démence qu'elles mais qui, elles, sont toujours à domicile (Husebo et al., 2008). C'est la première étude qui compare la fréquence, l'intensité, l'emplacement et le traitement en place de la douleur auprès des personnes vivant en EMS selon la gravité et le type de démence. Les

chercheurs ont utilisé le même instrument d'évaluation de la douleur pour tous les participants sans tenir compte de la déficience cognitive (Husebo et al., 2008).

Recommandations pour la pratique infirmière et perspectives

Recommandations pour la recherche

Des études futures sont nécessaires pour explorer les interventions de soins les plus efficaces pour la gestion de la douleur chez les résidents atteints de démence sévère. Ces dernières devraient inclure la pharmacologie, des interventions non-pharmacologiques et des protocoles de traitement de la douleur (Ahn et al., 2015).

Recommandations pour la pratique et la formation

Ahn et al., (2015) suggèrent que les directeurs des EMS sensibilisent le personnel soignant que des comportements agressifs peuvent être causés par de multiples facteurs y compris la douleur.

Teike Lüthi (2015) ajoute que le symptôme douloureux nécessite en plus d'une évaluation de son intensité « un décodage » plus précis du vécu du patient. Elle propose que les institutions intensifient certaines actions telles que : développer des postes d'infirmières référentes de la douleur au sein des services, de garantir l'application de lignes directrices, de créer des postes d'infirmières pratiquant des approches de soins complémentaires et de développer du matériel formatif pour les patients. Rupp Wysong (2014) déclare que l'entraînement dans l'évaluation de la douleur est un facteur principal menant aux améliorations significatives dans la connaissance et les attitudes liées à la douleur (Klassen, Liu, Warren, 2009, cités dans Rupp Wysong, 2014, p, 183). Cet entraînement augmente la motivation des infirmières à offrir un soulagement de la douleur approprié à leurs patients (Blondal & Halldorsdottir, 2009, cités dans Rupp Wysong, 2014, p.183)

Des directives de traitement et des outils d'évaluation de la douleur adéquats et adaptés à la population démente devraient être à disposition du personnel soignant pour améliorer la gestion de la douleur auprès de ces personnes (Ahn et al., 2015 ; Cocker et al., 2010 ; McAuliffe et al., 2008). McAuliffe et al., (2008) proposent que les indices de douleur soient individuellement définis selon la personne âgée démente. Les infirmières devraient donc utiliser des outils validés mais individualiser l'approche d'évaluation.

Coker et al., (2010) déclare qu'il est important d'informer le patient et sa famille sur les effets secondaires des traitements. [Traduction libre] Ceci permettrait de surmonter les principaux obstacles relevés par les infirmières dans cette étude (difficulté d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs, peu de temps pour des interventions non-pharmacologique soulageant la douleur, les patients reportent leur douleur auprès du médecin et non auprès des infirmières, peu de temps pour l'enseignement thérapeutique avec des personnes âgées, les personnes âgées réticentes à prendre le traitement antalgique en raison de ses effets secondaires).

Des recommandations concernant l'évaluation de la douleur chez la personne âgée démente montrent que le personnel infirmier doit suivre différentes étapes. En premier lieu, si les proches aidants sont présents, une anamnèse doit être faite avec eux. En deuxième lieu suivra un examen clinique (McAuliffe et al., 2008). Finalement, il est conseillé d'obtenir à la fois une auto-évaluation rapportée par la personne âgée démente complétée par une hétéro-évaluation réalisée par l'infirmière (Michel, 2009, p. 9).

Limites et critiques de la revue de littérature

Cette revue de littérature est un premier travail dans le domaine de la recherche. Les critères scientifiques ont été respectés du mieux possible.

Ce travail s'intégrait dans le cursus de troisième année Bachelor en soins infirmiers. De ce fait, le temps à disposition était fortement réduit en comparaison avec le temps accordé aux chercheurs professionnels. Les connaissances en méthodologie étaient faibles et peu appliquées durant la formation. La recherche dans les banques de données était laborieuse et nécessitait un temps considérable pour sélectionner les articles. Sept articles étaient en anglais, ce qui n'est pas la langue maternelle des auteures de cette revue, par conséquent le sens précis du vocabulaire peut être inexact.

Les démarches de recherches des articles scientifiques effectuées dans les bases de données ont permis de récolter un large choix d'études. Néanmoins, le nombre d'études trouvées sur le sujet de l'évaluation de la douleur auprès de la personne âgée non communicante verbalement et résidant dans un EMS était limité. En effet, beaucoup portaient sur le thème des barrières à la gestion de la douleur mais n'abordaient pas l'utilisation de stratégies ou des outils permettant de les surmonter. Il aurait fallu élargir un peu plus les recherches dans les domaines touchant les soins aigus, les soins à domicile et les fins de vie.

Les articles sélectionnés et analysés ont permis d'identifier les obstacles à la détection, l'évaluation et la gestion de la douleur auprès des personnes démentes dans une institution de soins. Ces résultats ont permis de répondre à la question de recherche et d'atteindre les objectifs fixés par cette revue de littérature. Les résultats des huit articles scientifiques sont généralement similaires. Etant donné les résultats des articles analysés, cette revue de littérature touche essentiellement les

personnes âgées démentes sévèrement vivant dans une institution. Ce Travail de Bachelor n'a pas permis de discuter de l'impact de la gestion de la douleur dans son ensemble dans un contexte d'établissement médico-social. Cependant, cette revue de littérature apporte des pistes d'actions qui peuvent être utilisées par des infirmières.

Conclusion

La question de recherche de ce travail de Bachelor était : « Quelles sont les obstacles pour reconnaître, évaluer, déceler la douleur chez une personne démente atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé dans un EMS ? ». Ayant nous-mêmes rencontrées et expérimentées certains obstacles dans notre pratique clinique, il nous a paru pertinent d'élaborer un travail sur ce sujet. Cette revue de littérature a mis en évidence des lacunes et des obstacles dans la gestion des composantes multiples de la douleur auprès des personnes âgées atteintes de démence sévère résidant dans un établissement médico-social.

Les croyances et représentations tant d'un point de vue de la personne démente que d'un point de vue de l'infirmière sont encore des obstacles considérables empêchant le soulagement de la douleur physique. Il est difficile de les dépasser car ces croyances et ces représentations sont individuelles et propres à chacun. Elles influencent l'évaluation de la douleur qui dépend de la création d'outils standardisés et accessibles.

Les outils standardisés sont à perfectionner et à adapter à la population démente atteinte d'Alzheimer à un stade avancé pour mener des évaluations régulières et s'inscrivant dans le diagramme de soin individuel de chaque patient. De nouvelles recherches sont nécessaires pour augmenter les connaissances permettant de détecter précocement la douleur chez la population âgée atteinte de démence sévère et de la gérer au quotidien avec les interventions adéquates.

[Traduction libre] Les infirmières ont une responsabilité éthique et professionnelle d'évaluer et par la suite de traiter la douleur chez les personnes qui sont particulièrement vulnérables à cause de leur diminution cognitive ou d'autres problèmes qui diminuent leur capacité de communiquer leur douleur verbalement. Pour réduire la douleur non verbalisée chez les personnes démentes, les infirmières

doivent connaître et appliquer les stratégies les plus efficaces pour évaluer la douleur de celles-ci (McAuliffe et al., 2008).

Cette revue de littérature nous a permis d'avoir un questionnement approfondi sur le sujet d'intérêt choisi. Nous avons développé des compétences en matière de méthodologie de la recherche et dans l'analyse critique d'articles scientifiques en anglais. Ce processus nous a permis de répondre à notre question de recherche à l'aide de connaissances récoltées dans des bases de données scientifiques et a été une opportunité d'accroître nos savoirs sur l'évaluation et la gestion de la douleur chez la population âgée démente. Nous avons appris à construire une revue de littérature dans le but d'amener de nouveaux éléments à la pratique professionnelle des soins infirmiers. Désormais, nous sommes capables d'actualiser nos connaissances à l'aide de la littérature scientifique pour sélectionner des interventions basées sur des Evidence Base Nursing (EBN) ayant un haut niveau de preuve. L'évolution constante de la profession infirmière nous impose de savoir analyser des problèmes de soins parfois complexes. L'appui de la recherche d'EBN permet d'argumenter nos interventions et d'agir en pleine conscience pour offrir une qualité de soins optimale à nos patients. En procédant de cette manière, nos analyses de soins seront pointues et l'impact sur la pratique sera novateur. L'écart toujours conséquent entre la recherche et la pratique infirmière sera à défier au quotidien. Devant l'accès facile aux banques de données et à nos compétences à chercher des résultats probants, nous ne pouvons qu'espérer réduire cet écart.

Références

- Ahn, H., & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics*, 13, 14. Doi : 10.1186/1471-2318-13-14 Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573898/>
- Ahn H., et al., (2015). Pain and aggression in Nursing Home Residents with dementia. *Nursing Research*, vol.64. Doi: 10.1097/NNR.0000000000000099. Repéré à: <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/articleviewer.aspx?year=2015&issue=07000&article=00004&type=abstract>
- Albou, P. (2005). L'évolution du concept de démence. Accès : <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/l'evolution-du-concept-de-demence>
- Ammar C., Viailly F., Michel B. (2015). *Bien vivre auprès d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer : outils et réflexion éthiques à l'usage des familles et des soignants*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Barry Heather, E., Parsons, C., Passmore, A. P., & Hughes C., M., (2012) An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia, *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 27, 1258-1266. DOI: 10.1002/gps.3770 Repéré à : https://www.researchgate.net/publication/234153333_An_exploration_of_nursing_home_managers%27_knowledge_of_and_attitudes_toward_pain_in_residents_with_dementia
- Belbachir, A. (2007). Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007 : Conférence d'actualisation, Les Essentiels, Médecine d'urgence, Evaluation et traitement de la douleur (641-651). Paris : Elsevier Masson SAS. Repéré à : <http://www.elsevier-masson.fr/congres-national-danesthesie-et-de-reanimation-2006-conferences-dactualisation-les-essentiels-medecine-durgence-evaluation-et-traitement-de-la-douleur-9782842998165.html>
- Belin, C. & Gatt, M.-T. (2006). Douleur et démence. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillissement* 4(4), 247-254. Doi : 10.1684/pnv.2006.0025 Repéré à : http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/douleur_et_demence_271906/article.phtml
- Berthoux F., Calmels P. (2002). *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. Paris : Frison Roche
- Chatelle, C., Vanhudenhuysse, A., Mergam, A.-N., De Val, M., Majerus, S., Boly, M., ... Schnakers, C. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Rev Med Liege*, (63), 429-437. Repéré à : http://www.coma.ulg.ac.be/papers/french/Chatelle_RMLq08.pdf
- Cocker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I., & Taniguchi, A. (2010). Nurse's perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Applied Nursing*

Research, (23), 139–146. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.003>. Repéré à : [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(08\)00079-7/abstract?cc=y](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(08)00079-7/abstract?cc=y)

Collaud T., Gomez C. (2010). *Alzheimer et démence : rencontrer les malades et communiquer avec eux*. Saint-Maurice, Suisse : Saint-Augustin.

Coughlan, M., Ryan, F. & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. London : Sage.

Craig, K. D. (2009). The Social Communication Model of Pain. *Canadian Psychology*, 50(1), 22–32. Doi : 10.1037/a0014772 Repéré à : http://journals.lww.com/pain/Fulltext/2015/07000/Social_communication_model_of_pain.7.aspx

Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*. France : Paris : Dunod.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr, A. C. (2012). *Diagnostics infirmiers : Interventions et justifications* (3ème éd.) (353). Bruxelles : De Boeck.

Doran, D.M. (2010). *Nursing outcomes: The State of the Science* (2th ed.). Toronto, Canada : Jones & Bartlett Learning.

Fortin, M-F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. (2^{ème} ed.) Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} ed.

France Alzheimer et maladies apparentées (2015). *La communication verbale et non-verbale*. Paris, France. Repéré à : <http://www.francealzheimer.org/communiquer-et-rester-en-relation/la-communication-verbale-et-non-verbale/400>

Gilmore-Bykovskyi A. & Bowers B. (2013) Understanding Nurses Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia, *Research in Gerontological Nursing*. 6 (2) 127-138. Doi :10.9028/19404921-20130110-02. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634876/>

Gossard, F., & Nguyen-Ong, V. TK., (2010), Douleur et Démence, comment soulager ? *Le Médecin du Québec*, 45 (8), Repéré à : http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/55388.pdf?Archive=103692492187&File=55388_pdf

Grisé, J. (2010). *Communiquer avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*. (COMP LES PERSON). Canada : Québec : Presses Université Laval.

Hadjistavropoulos, T., Craig, K.-D., Duck, S., Cano, A., Goubert, L., Jackson, P.-L., Mogil, J.-S., Rainville, P., Sullivan, M. J.-L., de C. Williams, A.-C., Vervoort, T., Fitzgerald, T.-D. (2011). A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychological Bulletin*, 137(6), 910-939. Doi :

10.1037/a0023876. Repéré à :
<http://psycnet.apa.org/journals/bul/137/6/910/>

Haute Autorité de Santé (2016). *Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*. Accès : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>

Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230–250. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>. Repéré à :
<http://www.aspmn.org/documents/PainAssessmentinthePatientUnabletoSelfReport.pdf>

Husebo, B.-S., Strand, L.-I., Moe-Nilsen, R., BorgeHusebo, S., Aarsland, D., & Ljunggren, A.-E., (2008). Who suffers most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 427-433. Doi: [10.1016/j.jamda.2008.03.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.03.001) Repéré à :
[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(08\)00102-3/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(08)00102-3/abstract)

Laudet, J. (2006). *Géronto : L'infirmière en gérontologie* (2ème ed.). France: Reuil-Malmaison: Editions Lamarre.

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M. & Fetherstonhaugh D., (2008). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of advanced nursing*, 65 (1), 2-10. Doi: [10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x) Repéré à :
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x/abstract;jsessionid=766E804E8E17F5B101466D83F85ED681.f01t02>

Michel, M. (2009). Évaluation de la douleur chez le sujet âgé non communicant. *Annales de Gérontologie*, (numéro spécial), 6–10. Repéré à :
http://www.jle.com/fr/revues/age/e-docs/evaluation_de_la_douleur_chez_le_sujet_age_non_communicant_283511/article.phtml

Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2012). *Soins infirmiers et douleurs* (4ème éd.) (283-284). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Organisation Mondiale de la Santé, (2015). *La démence*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Pager, R. (2010). *Maladie d'Alzheimer. Comment communiquer avec le malade?* (Frison-Roche). France: Paris: Editions Frison-Roche.

- Pradines, V., & Pradines, B. (2004). L'agitation chez le dément non verbalisant: penser à la douleur. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2(4), 271–274. Repéré à : http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/documents/L_agitation_chez_le_dement_non_verbalisant_penser_a_la_douleur_decembre04.4.pdf
- Robert, P. (Ed.). (2010). *Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (nouv. éd.). Paris : Le Robert.
- Rupp Wysong, P. (2014). Nurse's Beliefs and Self-Reported Practices Related to Pain Assessment in Nonverbal Patients. *Pain Management Nursing*, (15), 176-185. Repéré à : <http://www.painmanagementnursing.org/action/doSearch?searchType=quick&searchText=Rupp+Wysong&occurrences=author&journalCode=yipmn&searchScope=fullSite>
- Savoie M., (2008). *Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, pp 21-25. Québec : Canada
- Schiavenato, M., & Craig, K. D. (2010). Pain assessment as a social transaction: beyond the "gold standard". *Clinical Journal of Pain*, 26(8), 667-676. Doi: 10.1097/AJP.0b013e3181e72507. Repéré à : <http://journals.lww.com/clinicalpain/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=10000&article=00003&type=abstract>
- Sebag-Lanoë, R., & Wary, B. (2002). *La douleur des femmes et des hommes âgés*. France: Paris: Editions Masson.
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2016). La douleur. Repéré à : <http://www.sfetd-douleur.org>
- Teike Lüthi F (2013) Quels sont les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières ?, Master thesis, Université de Lausanne- HES-SO, Lausanne. Repéré à : <http://docplayer.fr/812592-Quels-sont-les-obstacles-a-la-gestion-de-la-douleur-percus-par-les-infirmieres.html>
- Teike Lüthi, F., Gueniat, C., Nicolas, P., & Ramelet, A.-S. (2015). Les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières : étude descriptive au sein d'un hôpital universitaire suisse. *Douleur Analgésie*, (28), 93–99. Repéré à : <http://link.springer.com/article/10.1007/s11724-015-0414-3#page-1>
- Townsend, M. (2010). *Soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale*. St-Laurent : ERPI.
- Tsai P.-F., & Means K., (2005). Osteoarthritic knee or hip pain: possible indicators in elderly adults with cognitive impairment. *Journal of gerontological nursing*, (8) 39-45. Repéré à : <http://www.healio.com/nursing/journals/ign/2005-8-31-8/{18881f10-89b0-4b5e-89b2-c3a685eecb7e}/osteoarthritic-knee-or-hip-pain-possible-indicators-in-elderly-adults-with-cognitive-impairment>

Watt-Watson, J., & McGillion, M. (2010). Pain as a symptom outcomes. Dans D. Doran (Éds.), *Nursing outcomes: The state of the science*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : Une approche adaptée aux CHSLD. Canada : Editions du renouveau pédagogique inc.

Appendices

Appendices A
Déclaration d'authenticité

«Nous déclarons avoir réalisé ce Travail de Bachelor sans l'aide d'une tierce personne et selon les directives édictées par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références nécessaires à l'élaboration de ce travail sont nommées et clairement identifiées. »

Carraux Valérie & Ramos Lopes Mariline

Appendices B

Grille de lecture, approche mixte

Article de Barry et al., (2012)

Aspects du rapport	<p align="center">Contenu de l'article</p> <p align="center">Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes</p>
Références complètes	<p>Barry Heather, E., Parsons, C., Passmore, A. P., & Hughes C., M., (2012) An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia <i>International Journal of Geriatrics Psychiatry</i>, 27, 1258-1266.</p>
Résumé	<p>Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les connaissances, les attitudes et les croyances que les infirmières dans les EMS détiennent à l'égard de l'évaluation et de la gestion de la douleur chez les résidents atteints de troubles cognitifs, et de déterminer comment elles peuvent être affectées par les caractéristiques des personnes ayant répondu à l'enquête. Pour cela, un questionnaire comprenant six sections a été envoyé par la poste, à deux reprises dans le courant de Mars à Avril 2010, dans 244 EMS en Irlande du Nord (correspond à 96% des maisons de soins infirmiers en Irlande du Nord). 39% ont répondu au questionnaire envoyé par la poste. Presque tous les répondants (96%) ont fourni des soins aux résidents avec une démence, mais seulement 60% des infirmières ont affirmé utiliser les directives de traitement de la douleur au sein de leur EMS. Les répondantes ont démontré une bonne connaissance de la douleur chez les résidents atteints de démence et ont reconnu les difficultés concernant l'évaluation précise de la douleur. Les infirmières travaillant dans les EMS étaient incertaines quant à la façon de gérer la douleur chez les résidents atteints de démence, ce qui démontre des préoccupations similaires au sujet de l'utilisation des analgésiques opioïdes à ceux rapportés dans les études précédentes sur la douleur chez les personnes âgées.</p> <p>Les infirmières ayant reçu une formation récente ($p=0,044$) étaient moins susceptibles d'avoir des préoccupations au sujet de l'utilisation de l'analgésie opioïde que celles qui n'avaient pas reçu de formation. Les croyances des répondantes au sujet des analgésiques étaient largement ambivalentes et ont été influencées par le pays dans lequel elles ont effectué leur formation en soins infirmiers.</p> <p>L'étude a révélé que l'évaluation précise de la douleur, la formation du personnel infirmier et l'approche standardisés pour la gestion de la douleur (l'utilisation des lignes directrices de gestion de la douleur) dans les EMS ont tous un rôle important à jouer dans la bonne gestion de la douleur chez les résidents avec une démence.</p>

<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème, et les thèmes abordés</p> <p>Recension des écrits</p>	<p>Il est largement connu que la douleur est à la fois non détectée et non traitée chez les personnes atteintes de démence. Elles reçoivent moins de traitement antalgique que ceux qui ne sont pas atteints de troubles cognitifs. (Ferrel et al., 1995 ; Horgas et Tas, 1998 ; Morrison et Sui, 2000). La proportion d'EMS soignant des personnes atteintes de troubles cognitifs et de démence augmente. (Société Alzheimer, 2007; Association d'Alzheimer , 2010). Les résidents sont susceptibles de souffrir des formes les plus avancées de la maladie et nécessitent des soins infirmiers plus complexes et spécialisés.</p> <p>Le traitement de la douleur peut réduire l'agitation dans les EMS atteints de troubles cognitifs. (Husebo et al., 2011). Les infirmières cheffes ont la responsabilité globale, à la fois professionnelle et éthique, d'assurer que le personnel a toutes les connaissances et les compétences nécessaires pour protéger et soigner dans les meilleures conditions les résidents dont elles s'occupent. Il a été suggéré que les connaissances, les attitudes et les croyances du personnel infirmier peuvent contribuer aux difficultés concernant la bonne gestion de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. De nombreuses études visant à explorer les connaissances et les attitudes du personnel infirmier ont mis l'accent sur la douleur chez les personnes âgées ou personnes atteintes de cancer. Ce n'est que récemment que des études se sont concentrées sur la douleur chez les personnes démentes. (Clos, 1996;. Cook et al., 1999; Kovach et al, 2000; Cohen-Mansfield et Creedon, 2002; Schofield, 2006;. Zwakhalen et al, 2007).</p> <p>Les résultats suggèrent que le personnel infirmier doute sur la présence de douleur ressentie par les personnes atteintes de démence, par rapport à celles qui n'ont pas de troubles cognitifs. (Closs, 1996;. Zwakhalen et al, 2007). Une étude a rapporté que les infirmières ne sont pas sûres quant à la fiabilité de la douleur auto-reportée par les personnes atteintes de démence elles-mêmes (Cook et al., 1999). D'autres études ont suggéré que le personnel infirmier reconnaît les comportements que les résidents atteints de démence peuvent présenter si ils ont mal. (Kovach et al., 2000; Cohen-Mansfield et Creedon, 2002). L'utilisation d'un traitement analgésique opioïde dans la population âgées est un défi pour le personnel infirmier (Kovach et al., 2000; Zwakhalen et al., 2007), alors que l'analgésie (Paracétamol) prescrite pour la douleur chronique a été utilisée de manière irrégulière ou laissée en réserve (Won et al, 2004; Hutt et al., 2006). Les connaissances que le personnel infirmier a au sujet de la douleur est influencé par le nombre d'années d'expérience et le niveau d'éducation (Sloman et al., 2001) (Brunier et al., 1995, Zwakhalen et al., 2007). Les infirmières identifient leur manque de connaissance dans ce domaine de la douleur comme étant un obstacle à la bonne gestion de celle-ci (Brunier et al., 1995).</p>
---	--

Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique utilisé. Les différents concepts utilisés dans cette étude sont : la démence, les troubles cognitifs, la douleur, les connaissances et attitudes, les infirmières, personnel soignant.
Hypothèses, question de recherche de l'étude et aspects importants pour notre question de recherche	<p>L'objectif global de l'étude était de concevoir et de donner un questionnaire aux infirmières cheffes d'EMS en Irlande du Nord, et qui réponde aux questions de recherche suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les connaissances, les attitudes et les croyances des infirmières dans les EMS au sujet de la douleur vécue par les résidents atteints de démence, et comment sont-elles affectés par des variables telles que le niveau de formation qu'elles ont reçu et de l'expérience qu'elles ont acquise dans les soins aux personnes atteintes de démence ? - Ont-elles reçu une formation sur la douleur et quelle formation aimeraient-elles recevoir à l'avenir? - Quels obstacles les infirmières perçoivent dans leur quotidien dans la bonne gestion de la douleur auprès de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sévères ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Etude mixte qui est d'abord qualitative puis quantitative. Questionnaire = qualitatif. Résultats = statistiques et test.
Population et contexte	<p>Les infirmières travaillant dans un EMS, et étant ou ayant été confrontées à des personnes âgées atteintes de démence.</p> <p>Il y a 253 EMS en Irlande du Nord, réglementés et inspectés par l'Autorité d'amélioration de la réglementation et de la qualité Authority (RQIA). Le questionnaire a donc été distribué dans les EMS (n=244), ce qui représente 96% des maisons de soins infirmiers en Irlande du Nord.</p>
Collecte des données et mesures. Déroulement de l'étude	<p>Le questionnaire</p> <p>Le questionnaire a été mis au point par l'équipe de recherche. Il comprend 6 sections comme indiqué dans le tableau 1. Les déclarations contenues dans les sections C et E ont été élaborées suite à une recherche exhaustive de la littérature (Kovach et al ., 2000; Cohen-Mansfield et Creedon 2002; Tarzian et Hoffman , 2005 ; Schofield , 2006 ; Zwakhalen et al , 2007). Les croyances au sujet des médicaments (QMB) (Horne et al , 1999) est un questionnaire</p>

validé utilisé pour indiquer l'adhésion du patient aux médicaments (Horne et Weinman, 1999; Neame et Hammond , 2005; Menckeberg et al., 2008) .

Plus récemment, il a été utilisé pour évaluer les croyances que les professionnels de la santé et les étudiants infirmiers détiennent au sujet des médicaments en général. (Horne et al., 2001; Horne et al., 2004; Jorgensen et al., 2006; Ramstrom et al., 2006). L'autorisation a été demandée à l'auteur de la QMB à remplacer le mot «médicaments » par « analgésiques » partout afin que les déclarations soient plus applicables à la population cible.

Procédure

L'approbation éthique a été obtenue et le RQIA a fourni à l'équipe de recherche une liste des EMS en l'Irlande du Nord. Des questionnaires ont été envoyés dans les EMS au mois de mars (première diffusion) et en avril 2010 (deuxième envoi pour améliorer le taux de réponses), accompagné d'une lettre de motivation et une enveloppe pour le retour des résultats.

Analyse statistique

Toutes les réponses sont codées et entrées dans PASWSTATISTICS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) la version 18.0. Des analyses descriptives ont été utilisées. Les éléments similaires dans les déclarations ont été regroupés formant deux sous-échelles avec quatre objets (Horne et al, 1999). Le score total et le score pour chaque sous-échelle donnent une moyenne qui ont été calculées à partir de la somme des réponses individuelles. Les scores moyens peuvent aller de 1 à 5. Des scores plus élevés indiquent une croyance plus forte dans les concepts représentés par l'échelle.

L'analyse du Chi-carré et le test exact de Fisher ont été utilisés pour déterminer :

- les différences dans les soins infirmiers dans les EMS, selon le temps écoulé depuis la remise du diplôme (expérience)
- le pays où la personne a effectué ses études de soins infirmiers
- le type de formation en soins infirmiers
- la prise en charge de la démence au sein de l'EMS
- la durée de la prise en charge des résidents atteints de démence
- l'utilisation des directives de traitement de la douleur au sein de l'EMS

	<p>- la formation reçue sur la douleur au cours de la dernière année (formation continue)</p> <p>Ces facteurs peuvent influencer les connaissances et les croyances du personnel soignant au sujet de la douleur de manière générale. (Brunier et al., 1995, Sloman et al, 2001;. Baier et al., 2004; Zwakhalen et al., 2007).</p> <p><u>Les réponses à des questions ouvertes ont été codées dans un MS Word et analysées qualitativement pour les thèmes émergents en utilisant l'analyse de contenu. (preuve que l'article est mixte)</u></p>
Résultats Traitement des données Présentation des résultats	<p>Un total de 96 questionnaires remplis ont été reçus à la suite des deux envois, soit un taux de 39,3% de réponse.</p> <p>Données démographiques</p> <p>La plupart des répondants étaient des femmes (89,6%) et avaient fait leur formation en soins infirmiers au Royaume-Uni ou en Irlande (89,6%). La plupart travaillent à plein temps (94,8%) dans les EMS. Les personnes ayant répondu sont des infirmières avec 24,9 ans d'expérience. En moyenne, les répondants avaient pris en charge des résidents déments depuis environ 13,2 ans (les extrêmes sont 6 mois à 35 ans). La plupart des EMS (95,8%) ont des résidents atteints de démence à soigner, mais seulement 60,4% des EMS utilisent des directives de gestion de la douleur. Les répondants ont déclaré utiliser fréquemment des outils d'évaluation de la douleur tels que Abbey ou Doloplus-2.</p> <p>L'éducation et la formation de la douleur</p> <p>La plupart des répondants (63,5%) n'avaient pas reçu de formation récente sur la douleur auprès d'une personne atteinte de démence. Les cours suivis par les répondants comprenaient la formation de soins palliatifs qu'organise un hôpital local (27,1%), la formation organisée par les sociétés pharmaceutiques (18,8% et la formation interne organisée par l'EMS (12,5%). Les personnes interrogées étaient intéressées à apprendre davantage sur l'évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de démence (58,1%), la gestion de la douleur en utilisant un analgésique opioïde (41,9%), les soins de fin de vie dans la démence (12,9%) et les alternatives à la drogue thérapeutique pour le contrôle de la douleur (6,5%).</p> <p>L'expérience de la douleur</p> <p>Les répondants semblent avoir des opinions bien précises concernant la douleur ressentie par les personnes</p>

atteintes de démence (tableau 2). Les infirmières cheffes dans les EMS avaient plus d'expérience dans la prise en charge des résidents atteints de démence et celles qui avaient plus de 20 ans d'expérience ont tendance à être en désaccord avec le fait que la douleur est une conséquence naturelle du vieillissement (43,8% des répondants de plus de 10 ans d'expérience, comparativement à 18,8% des répondants qui avaient moins de 10 ans d'expérience, $p=0,004$; 47,9% des répondants qui ont plus de 20 ans d'expérience en comparaison avec ceux qui ont moins d'expérience, $p=0,004$)

Une grande proportion de répondants (80,5%) a estimé que la démence peut affecter le traitement physiologique de la douleur. Les répondants qui avaient plus d'expérience dans la prise en charge des résidents dans les EMS avec des personnes démentes étaient plus susceptibles que ceux qui étaient moins expérimentés (43,8% des répondants de plus de 10 ans dans les soins avec les personnes démentes en comparaison avec ceux qui avaient moins d'expérience 36,5%, $p=0,031$). La plupart des répondant (88,5%) ont reconnu que les résidents atteints de démence éprouvent des douleurs et peuvent montrer des changements de comportement.

Evaluation de la douleur

La plupart des répondants (91,7%) ont reconnu la difficulté de l'évaluation de la douleur chez les résidents atteints de démence. Seulement 8,3% des infirmières dans les EMS croient que les résidents atteints de démence pouvaient mesurer leur douleur en auto-évaluation. Les répondants ne savaient pas si les outils d'évaluation de la douleur utilisés avec les résidents n'ayant pas de troubles cognitifs pourraient être utilisés chez les personnes démentes.

Cependant, les infirmières cheffes ayant plus d'expérience dans les soins avec les personnes démentes étaient plus susceptibles de montrer un désaccord avec cet énoncé (27,1% des répondants ayant plus de 10 ans d'expérience ont montré un désaccord ; 11,5% des répondant avec moins de 10 ans d'expérience, $p=0,021$). Presque tous les répondants ont reconnu l'importance de tenir compte d'autres indicateurs de la douleur (le délire, la confusion, ou un changement marqué dans le comportement du résident) en faisant une évaluation précise de la douleur chez les résidents atteints de démence.

Gestion et traitement de la douleur

Les infirmières dans les EMS sont apparues moins certaines sur la façon dont la douleur doit être gérée avec les résidents (tableau 3). Plus de la moitié (57,3%) des répondants estiment que la douleur chez les personnes atteintes de démence devrait être gérée de la même manière que les résidents n'ayant pas de troubles cognitifs ; et 79,2% des répondants ont convenu que le traitement médicamenteux de la douleur dans la démence devrait suivre une approche progressive.

Environ 80% étaient en désaccord avec le « traitement optimal de la douleur est obtenue lorsque des analgésiques sont données sur une base de PRN. Les répondants semblaient très incertain au sujet de la sécurité des analgésiques opioïdes et leur risque d'effets secondaires chez les résidents atteints de démence. Toutefois, les répondants qui avaient été qualifiés depuis plus longtemps étaient sûrs qu'il fallait utiliser des analgésiques opioïdes chez les résidents atteints de démence (34,7% des répondants qualifiés depuis plus de 20 ans contre 12,6% des répondants qualifiés depuis moins de 20 ans, $p=0,037$).

Les répondants qui avaient assisté à aucune formation récente sur le sujet de la douleur étaient plus susceptibles de douter au sujet de cette affirmation (27,1% des répondants qui n'avaient pas eu de formation dernièrement ne savent pas comparé à 10,4% des répondants ayant suivi une formation dans l'année précédente, $p=0,020$).

Plus de la moitié (53,1%) des répondants ont estimé que les méthodes non pharmacologiques pour contrôler la douleur sont utiles dans la gestion de la douleur dans cette population.

Croyances su sujet des médicaments

Il y a un fort désaccord (78%) dans deux cas :

- Les analgésiques font plus de mal que de bien
- Tous les analgésiques sont des poisons

Ils démontrent ainsi les croyances positives au sujet des analgésiques. Les avis sont partagés lorsqu'on demande que « si les médecins avaient plus de temps , ils prescriraient moins analgésiques» , les avis sont partagés parmi les

répondants (tableau 4).

48,4 % des répondants formés au Royaume-Uni ont exprimé son désaccord par rapport à 2,2% de ceux formés à l'extérieur du Royaume-Uni , $p = 0,014$)

La gestion de la douleur

Les trois obstacles les plus communs à la gestion de la douleur étaient comme suit :

- L'obtention d'un rapport précis de la douleur du résident
- Manque de connaissances du personnel ou de formation sur la gestion de la douleur chez les résidents atteints de démence
- Manque d'approches standardisées pour le traitement de la douleur chez les résidents atteints de démence
- Les niveaux de dotation faibles au sein de l'EMS (36,5% des répondants qui avaient pas assisté à la formation dans la douleur en désaccord comparativement à 8,3% des répondants qui avaient suivi une formation dans la douleur, $p=0,004$)
- Le manque de temps pour évaluer la douleur chez le résident (28,4% des répondants qui avaient pas assisté à la formation dans la douleur exprimé son désaccord par rapport à 7,4% des personnes interrogées qui avait assisté à la formation dans la douleur, $p=0,041$)
- Manque d'une approche normalisée pour le traitement de la douleur chez les résidents atteints de démence (17,7% des répondants qui avaient pas assisté à la formation dans la douleur exprimé son en désaccord par rapport à 1,0% des répondants qui avaient participé à la formation en douleur, $p = 0,009$).
- 26,1% des répondants ont déclaré (dans la section libre-réponse) qu'ils avaient rencontré un manque de compréhension de la part des médecins généralistes.

Questions générales Présentation Evaluation globale	<p>Toutes les parties de la recherches sont notées et sont claires. Méthodologie relativement complexe. Test statistiques décrits et résultats obtenus démontrés.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts Perspectives/éléments pour la discussion	<p>Cette étude met en avant les ambiguïtés dans l'évaluation et la gestion de la douleur chez les résidents dans les EMS. Il a également souligné la nécessité de former le personnel infirmier qui prodiguent des soins à cette population.</p> <p>Les répondants ont semblé avoir une bonne connaissance globale de l'expérience de la douleur chez les résidents avec démence (Zwakhalen et al., 2007). Cependant, contrairement à des études antérieures (Brunier et al., 1995, Sloman et al, 2001;.. Zwakhalen et al, 2007), l'analyse statistique n'a pas établi des relations significatives entre la connaissance sur la douleur et les années d'expérience ou les formations supplémentaires reçues. Cela est peut-être dû au fait que le personnel soignant attend encore la verbalisation de la douleur de la part du résident dément pour vraiment croire l'existence de la douleur.</p> <p>Face à des signes de délire ou de confusion, ou un changement marqué dans le comportement d'un résident, le personnel est souvent formé pour enquêter sur les signes de l'infection qui est une cause fréquente de ces symptômes (Potter et George, 2006), au lieu de tenir compte d'autres signes tels que des indicateurs de la douleur.</p> <p>Les répondants ont également été incertain au sujet des outils d'évaluation de la douleur pour une utilisation chez les personnes atteintes de démence. Les lignes directrices susmentionnées fournissent des recommandations fondées sur des données probantes quant aux outils d'évaluation de la douleur les mieux adaptés à différents stades de les troubles cognitifs, et ceux-ci peuvent se chevaucher avec les outils d'évaluation de la douleur utilisés dans les personnes sans troubles cognitifs. L'incertitude existe autour de cette question, car de nombreux répondants ne semblent pas suivre les directives de traitement en vigueur dans leur lieu de travail. Ces ressources sont facilement accessibles en ligne pourtant.</p> <p>Les répondants doutaient concernant la gestion de la douleur la démence, en particulier la sécurité des</p>

analgésiques opioïdes et leur profil d'effets secondaires. Cela confirme les résultats des études précédentes (Watt-Watson, 1987; Hamilton et Edgar, 1992; Brunier et al., 1995; Cook et al, 1999; Weiner et Rudy, 2002; Plaisance et Logan 2006). Les personnes interrogées ne sont pas en faveur de l'utilisation de méthodes de gestion de la douleur non pharmacologiques, bien qu'ayant été auparavant réticents à l'utilisation d'analgésiques chez les personnes âgées. Des études antérieures ont indiqué que de telles méthodes de contrôle de la douleur ne sont pas populaires dans les maisons de soins infirmiers (Allcock et al., 2002; Tarzian et Hoffman, 2005). Encore une fois, cela indiquerait que la gestion de la douleur ne suit pas une approche standardisée.

Les réponses des infirmières à domicile concernant les croyances au sujet des médicaments (antidouleurs) ont été largement ambivalente. Un fort désaccord était présente sur le fait que les analgésiques font plus de mal que de bien et que «tous les analgésiques sont des poisons » (résultats en contradiction avec ceux rapportés plus tôt au sujet de l'utilisation des opioïdes). Les répondants qui ont reçu leur formation en soins infirmiers au Royaume-Uni ont tendance à avoir des croyances plus positifs au sujet des analgésiques, ce qui pourraient être expliqués par des différences de formation en soins infirmiers entre les pays. Bien que cette conclusion doit être interprétée avec prudence en raison du petit nombre de répondants formés à l'extérieur du Royaume-Uni ou en Irlande. Il a été rapporté que les différences dans la perception et les comportements de douleur peuvent être expliqués par la culture (Streltzer et Wade, 1981; Bates et al., 1997; Werth et al, 2002; Hobara, 2005). Les différences ethnoculturelles ont potentiellement un grand rôle à jouer concernant les croyances au sujet des analgésiques et des analgésiques. Les différences culturelles ont été observées comme ayant un impact sur les soins de fin de vie (Ekblad et al., 2000).

Les répondants ont identifié les médecins comme un autre obstacle à une gestion optimale de la douleur et reportent par exemple, une réticence à prescrire d'autres formes d'analgésiques (par exemple des timbres transdermiques). Les médecins généralistes et leurs attitudes démontre une réticence à prescrire ces alternatives de traitement pour les personnes atteintes de démence.

Le nombre de répondants qui n'avait pas reçu de formation récente dans la douleur était surprenant, surtout compte tenu du pourcentage élevé de répondants qui travaillent dans des maisons qui offrent des soins aux résidents atteints de démence. Le manque d'éducation dans ce domaine semble beaucoup influencer les réponses

sur l'évaluation et la gestion de la douleur. L'offre de formation a une influence positive sur ses connaissances, ce qui a déjà été rapporté dans des études précédentes (Sloman et al, 2001; Baier et al, 2004; Keeney et al., 2008). Les prestataires de soins infirmiers à domicile semblent enthousiastes à élargir leurs connaissances dans ces domaines thématiques. Des programmes d'éducation et de formation de la douleur ont été mis en œuvre avec succès dans les foyers de soins (Baier et al., 2004; Keeney 2008 et al.); de plus, il existe des possibilités pour les pharmaciens de fournir des conseils et de la formation au personnel sur ce sujet.

Limites de l'étude :

Le faible taux de réponse peut affecter la validité externe de l'étude et donc la généralisation des résultats à la population dans son ensemble. Cependant, à partir des informations disponibles, il semble que certaines caractéristiques des répondants de l'échantillon sont semblables à celles d'autres études antérieures (Zwakhlen et al., 2007). Bien que le questionnaire n'a pas été officiellement validé, la procédure de pilotage visant à résoudre les problèmes de certaines variables a permis d'obtenir la validité de l'étude. L'effet du biais de désirabilité sociale doit également être pris en compte lors de l'interprétation des réponses fournies par les infirmières. L'utilisation du test de w2 est devenu problématique en raison de la petite taille de l'échantillon de l'étude. La littérature, cependant, soutient les résultats obtenus.

Appendices C

Grille de lecture, approche quantitative

Ahn H., et al.,(2015)

Aspects du rapport	Contenu de l'article Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes
Références complètes	Ahn H., et al.,(2015). <i>Pain and aggression in Nursing Home Residents with dementia</i> . Nursing Research, vol.64. N°4, 256-263
Résumé	<p>Plusieurs études ont examiné la relation potentielle entre la douleur et les symptômes de comportements agressifs chez les patients résidant dans un home et atteints de démence touchant leur capacité de communication (capacité de reporter eux-mêmes la douleur).</p> <p>Les découvertes de cette étude suggèrent que la gestion efficace de la douleur reste un besoin insatisfait chez les résidents des homes, particulièrement chez ceux qui ne peuvent pas reporter leur douleur. Par conséquent, les membres du personnel soignant des homes devraient évaluer la douleur des résidents tant avec les indices verbaux que non-verbaux pour améliorer la gestion de la douleur et réduire le risque d'apparition des symptômes comportementaux agressifs. Plus d'études avec d'autres designs sont nécessaires pour valider cette découverte : que l'évaluation et la gestion de douleur efficaces réduisent les symptômes comportementaux agressifs parmi les résidents des homes atteints de démence.</p>
Introduction Enoncé du problème et les thèmes abordés	<p>L'objectif de cette recherche était d'examiner la relation entre la douleur et l'agression chez les résidents qui peuvent reporter leur douleur et chez les résidents qui ne peuvent pas reporter leur douleur. Chez ces derniers, la douleur est évaluée par l'équipe soignante selon leurs comportements douloureux.</p> <p>On estime que la douleur affecte plus de 80% des résidents. La démence, qui est aussi fortement répandue dans les homes, réduit significativement la capacité des patients pour signaler leur douleur. En conséquence, la douleur est souvent minimisée chez les résidents atteint de démence dans les homes (Bruneau, 2014 ; Nay et Fetherstonhaugh, 2012) et les résidents atteints de démence vont probablement moins recevoir de traitement contre la douleur (Gilmore-Bykovskyi et Tonnelles, 2013 ; Zwakhalen, Van't Hof et Hamers, 2012). Ce sous-traitement de la douleur affecte négativement la qualité de la vie des résidents atteints de démence et mène à des conséquences physiologiques et psychologiques indésirables (Herr, 2012)).</p>
Recension	De récentes études suggèrent que la douleur peut contribuer aux symptômes comportementaux agressifs

des écrits	<p>chez les résidents atteints de démence (Ahn & Horgas, 2014 ; Kunik et al., 2010 ; Norton, Allen, Neige, Hardin & Burgio, 2010) et que des approches de soins centrées sur le patient peuvent empêcher ou soulager ces symptômes (Enmarker, Olsen et Hellzen, 2011 ; Karlsson, Sidenvall, Bergh & Ernst- Bravell, 2013 ; longtemps, 2013). Par exemple, le personnel de maison de retraite peut être formé pour reconnaître les indices de douleur inhabituelles chez les résidents atteints de démence qui ne peuvent pas communiquer (Brorson, Plymoth, Ö Rmon et Bolmsj ö, 2014) et interviennent avec les actions appropriées pour réduire la douleur (Ahn & Horgas, 2013 ; Isaksson, Astr ö M et Graneheim, 2008). Cette approche de soin centrée sur le patient peut améliorer le confort du patient et réduit la probabilité d'apparition de symptômes comportementaux agressifs.</p> <p>Ainsi, les infirmières, qui sont placées sur la première ligne de soin du patient, peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention, l'évaluation et la gestion de la douleur chez les résidents, particulièrement avec ceux qui ne peuvent pas verbaliser leur douleur (Chang, Oh, le Parc, Kim et Kil, 2011 ; Hadjistavropoulos et al., 2011).</p>
Cadre théorique conceptuel ; concepts	<p>Pour guider cette étude de la relation entre la douleur et l'agression des résidents atteints de démence, les auteurs ont adapté le modèle du Comportement/Compromis de démence axé sur un besoin (NDB) (Algase et al., 1996) comme cadre théorique.</p> <p>Dans le modèle de NDB, qui a été développé et testé pour des résidents de maison de retraite, les comportements agressifs sont conceptualisés comme une réponse aux besoins insatisfaits des résidents et comme une expression de leurs besoins (Dettmore, Kolanowski et Boustani, 2009).</p> <p>Pour cette étude, ils ont conceptualisé la douleur comme un facteur proximal pour représenter les conditions dans lesquelles l'agression peut arriver. Sur la base de ce modèle de NDB, ils ont choisi d'autres variables explicatives concernant le résident qui peuvent influencer la relation entre la douleur et l'agression. Ces co-variables étaient la sévérité de déficience cognitive, le niveau de diminution des activités de la vie quotidienne, l'utilisation de médicaments antalgiques, des comorbidités (par exemple, le cancer, la malnutrition, des maladies du système locomoteur, des maladies cardiovasculaires) et des caractéristiques démographiques (par</p>

	exemple, l'âge, le genre et la race).
Hypothèses, et aspects importants pour notre question de recherche	<p>L'Ensemble de Données Minimal (MDS), un outil mandaté sur le plan fédéral, guide l'évaluation régulière de tous les résidents dans les homes certifiés pour participer à l'Assistance médicale américaine et des programmes de caisse d'assurance maladie. Dans la dernière version, MDS 3.0, le personnel de maison de retraite (c'est-à-dire, les infirmières de coordination) choisit la méthode de mesure de la douleur basée sur la capacité d'un résident à autoévaluer sa douleur. Spécifiquement, les résidents qui peuvent parler clairement et évaluer leur douleur utilisent l'échelle d'évaluation numérique ou une échelle descriptive verbale. Cependant, les résidents qui ne peuvent pas parler sont clairement évalués par le personnel soignant quant à leurs indicateurs comportementaux de douleur (par exemple, des sons non-verbaux, les plaintes vocales de douleur, des expressions du visage et des mouvements du corps protecteurs ou la position ; Saliba et al., 2012). On a recommandé ces indicateurs comportementaux comme une composante significative de l'évaluation complète de la douleur chez des personnes atteintes de démence sévère qui ne peuvent pas autoévaluer leur douleur (Hadjistavropoulos et al., 2007 ; Neville et Ostini, 2014). Le MDS 3.0 inclut aussi un item de gestion de la douleur (par exemple, l'utilisation de médicaments antalgiques pour la première fois).</p> <p>Le but de cette étude était d'utiliser le national MDS 3.0 /ensemble de données, qui inclut l'auto-évaluation et les mesures des comportements, d'examiner la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs après l'ajustement des autres variables explicatives concernant le résident. La douleur a été mesurée par l'auto-évaluation des résidents ou par l'évaluation du personnel soignant des indicateurs comportementaux. Les symptômes comportementaux agressifs ont été mesurés par des symptômes verbaux et physiques.</p> <p>Cette recherche démontre que lorsque la communication est atteinte, la personne atteinte de démence manifeste des comportements physique et verbaux agressifs. Ceci rend l'évaluation de la douleur et son traitement compliquée pour le personnel soignant. C'est une barrière à la gestion de la douleur. Ceci alimente donc notre question de recherche. Les soignants doivent connaître les échelles d'observations des comportements pouvant être perturbateurs et dont la douleur en est la cause. C'est un travail supplémentaire pour les institutions de proposer des échelles d'évaluation comportementales adéquates et mettre en place des directives de traitement qui permettent un soulagement de la douleur individuel propre à chaque résident. Ces</p>

	comportements agressifs sont difficiles à gérer et percevoir la douleur comme cause est un élément récent.
Méthodes	Une analyse secondaire en maison de retraite avec les données du MDS 3.0 a été conduite.
Devis de recherche	<p>Les Centres Medicare et leurs services étaient les référentiels de données et ils ont fourni l'accès à l'ensemble des données MDS pour des buts de recherche.</p> <p>Le design d'étude était descriptif et croisé, l'étude ne fournit pas de notion de temps concernant les associations observées entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs.</p>
Population et contexte	<p>Pour cette étude, le premier point de données d'évaluation complet a été utilisé ; ceci inclus une évaluation complète de la douleur chez des résidents d'hommes de plus de 65 ans ou plus, avec un diagnostic médical documenté de maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence. Les données des résidents comateux ou des résidents utilisant des médicaments psychoactifs (par exemple, des neuroleptiques ou des médicaments contre l'anxiété) ont été exclues parce que ces résidents n'allaient probablement pas montrer des symptômes comportementaux agressifs examinés dans cette étude.</p> <p>Des 843,616 cas dont les données d'évaluation étaient complètes, 772,389 cas n'ont pas respecté les critères de sélection. Ces cas étaient mineurs (n = 160,347), n'avait aucune présence de démence (n = 421,610), étaient comateux ou avait utilisé des médicaments psychoactifs (n = 105,900) et avait des admissions multiples aux maisons de retraite (n = 84,532).</p> <p>Ce processus de sélection d'échantillonnage a rapporté 71,227cas dans 13,894 homes. L'approbation pour l'étude a été obtenue auprès du comité de révision institutionnel de l'université affiliée avant le commencement.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été rassemblées du 1 janvier 2012, au 31 mars 2012, utilisant le MDS 3.0.</p> <p>Toutes les variables ont été tirées du MDS 3.0 ensemble de données pour indiquer les points clés de base de l'étude. Des symptômes comportementaux agressifs (l'agression verbale et physique) étaient les variables de résultat et la douleur était la variable d'intérêt principal ; ceux-ci sont décrits ci-dessous.</p>

Les items comportementaux dans le MDS ont été utilisés pour mesurer la fréquence des symptômes comportementaux agressifs physiques et verbaux pendant les 7 jours précédents. Ces items ont été enregistrés à une échelle ordinale à 4 points, avec 0 = aucun symptôme comportemental, 1 = des symptômes comportementaux sont arrivés durant un à trois durant ces sept derniers jours, 2 = les symptômes comportementaux sont arrivés 4 à 6 jours dans les 7 derniers jours et 3 = des symptômes comportementaux sont arrivés quotidiennement. L'agression physique a été définie dans le MDS comme taper, donner un coup de pied, pousser, griffer, prendre/serrer, ou l'abus sexuel d'autres personnes. L'agression verbale dans le MDS a été définie comme des propos menaçants, des cris perçants, ou médire sur d'autres. Dans l'étude de validation MDS, la moyenne kappa pour l'accord entre les niveaux était excellente, avec un kappa de 0.94 (Saliba et Buchanan, 2008).

Pour l'analyse, des comportements agressifs ont été recodés pour que 0 = absent et 1, 2 et 3 = présents.

La douleur a été mesurée par l'auto-évaluation des résidents qui pouvaient communiquer ou selon l'évaluation du personnel pour les résidents qui ne pouvaient pas communiquer verbalement. Le personnel a choisi les mesures de douleur basées sur le statut cognitif et communicatif des résidents. Les résidents qui pouvaient communiquer ont utilisé des numéros ou une échelle verbale descriptive pour rapporter leur douleur intense pendant les 5 derniers jours. Les nombres et les échelles verbales descriptives ont été récapitulés dans une échelle ordinale à 4 points (1 = doux, 2 = modéré, 3 = sévère et 4 = très sévère ; Saliba et Buchanan, 2008).

Les numéros et les échelles verbales descriptives ont été validés pour mesurer l'intensité de douleur dans de nombreux contextes différents et des populations de patients (Edelen et Saliba, 2010 ; Herr, 2011). Dans le MDS 3.0 étude de validation, la moyenne kappa pour l'accord entre les niveaux sur l'évaluation de douleur était 0.97.

L'échelle de comportement de MDS-DOULEUR (MDS-PBS) a été utilisée par le personnel pour mesurer la douleur chez les résidents qui ne pouvaient pas reporter leur douleur.

Le MDS-PBS a été calculé en additionnant quatre indicateurs comportementaux de douleur pendant les 5 jours précédents : les sons non-verbaux (par exemple, le cri, gémissement, halètement, des plaintes, ou le

geignement), les plaintes bruyantes de douleur (par exemple, "cela fait mal," "aïe", ou "arrêtez"), les expressions du visage (par exemple, les grimaces, tressaillement, plissé le front, les sourcils froncés, les dents ou la mâchoire serrées) et les mouvements de corps protecteurs ou les positions (par exemple, se tenir droit, se protéger, frotter ou masser une partie du corps, saisir ou tenir une partie du corps pendant les mouvements). Chacun de ces items individuels a été marqué et les gammes de score de MDS-PBS additionnées de 0 à 4, avec le nombre le plus haut indiquant plus de douleur.

Cette échelle a aussi été validée dans plusieurs études comme une méthode appropriée d'évaluation de douleur (Kaasalainen, Akhtar-Danesh, Hadjistavropoulos, Zwakhalen et Verreault, 2013; Saliba et Buchanan, 2008). Dans le MDS 3.0 étude de validation, la moyenne kappa pour l'accord était de 0.96 (Saliba et Buchanan, 2008). Certaines preuves indiquent aussi que les observations du personnel des indicateurs comportementaux de douleur sont congruentes à l'auto-évaluation de douleur des résidents (Kunz, Scharmann, Hemmeter, Schepelmann et, 2007; Lukas, Coiffeur, Johnson et, 2013).

Des variables explicatives ont inclus les caractéristiques importantes des résidents qui pourraient être associées aux comportements agressifs et qui pourraient cacher la relation entre la douleur et les comportements agressifs (Algase et al., 1996).

Les variables explicatives incluses étaient le niveau de diminution des AVQ, la sévérité de la déficience cognitive, les comorbidités (le cancer, la malnutrition, la maladie cardiovasculaire et les troubles locomoteurs), l'utilisation de médicaments antalgiques et des variables sociodémographiques (l'âge, le genre et la race).

L'échelle de MDS-ADL (Morris, Fries et Morris, 1999) a été utilisé pour mesurer le niveau de diminution des AVQ et le score a été calculé en additionnant sept MDS items : autonomie lors de la mobilité au lit, transfert, mobilité dans l'unité, habillement, repas, utilisation des toilettes et hygiène corporelle.

Chacun de ces items individuels a été enregistré à une échelle à 5 points, avec 0 = indépendant, 1 = demande une surveillance, 2 = nécessite une aide limitée, 3 = nécessite une aide importante et 4 = nécessite la dépendance totale. La norme MDS-ADL s'est étendue de 0 à 28, avec le nombre le plus haut indiquant plus de diminutions des AVQ.

	<p>Le coefficient kappa était 0.58-0.79 avec l'échelle du maintien physique de soi-même (Hawes et d'autres., 1995).</p> <p>Pour mesurer la sévérité de la déficience cognitive, l'Entretien Bref pour le Statut Mental (BIMS) a été utilisé pour évaluer les résidents qui pouvaient communiquer et le MDS-cognitif, l'échelle de Performance (MDS-CPS) a été utilisée pour évaluer des résidents qui ne pouvaient pas communiquer.</p> <p>Ces deux échelles sont congruentes l'une avec l'autre (Saliba et Buchanan, 2008) et cette méthode est généralement utilisée (Ishii, Streim et Saliba, 2010).</p> <p>Les diagnostics actifs de cancer, de malnutrition, des maladies cardiovasculaires (par exemple, la maladie coronarienne et la maladie vasculaire périphérique) et des maladies locomotrices (par exemple, l'arthrite et l'ostéoporose) ont été utilisés pour évaluer la présence de comorbidités par une variable binomiales, avec 0 = pas et 1 = oui. De plus, une médication de la douleur, prévue dans le MDS 3.0 ensemble de données, a été utilisé pour évaluer l'utilisation de médicaments de douleur prévue par une variable binomiales, avec 0 = pas et 1 = oui.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Ceci est une analyse secondaire des données complètes rassemblées de janvier à mars 2012 dans le national Minimum L'ensemble de Données (MDS) 3.0 des résidents dans un home, âgés de 65 ans ou plus vieux, avec une démence (N = 71,227). La douleur a été mesurée utilisant le MDS</p> <p>La statistique descriptive (par exemple, l'écart-type et moyen) a été présentée pour des variables numériques et des distributions de fréquence (par exemple, le nombre et le pourcentage) ont été produits pour des variables catégoriques. L'agression a été marquée comme 0 = absent ou 1 = le présent ; la régression logistique a été utilisée pour examiner la relation entre l'agression, la douleur et d'autres variables explicatives. La relation entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs a été présentée en utilisant le odd ratio non ajusté (OR) pour des relations bivariées et le odd ratio ajusté (AOR) pour des relations multivariées, en contrôlant le niveau de diminution des AVQ, la gravité de la déficience cognitive, les comorbidités (cancer, malnutrition, maladie cardiovasculaire et troubles locomoteurs), l'utilisation de médicaments contre la douleur et</p>

	<p>les données sociodémographiques (âge, sexe, ethnie).</p> <p>Les analyses de sensibilité ont été conduites pour ajuster les effets potentiels des résidents par grappe en modelant des résultats dichotomiques dans des modèles linéaires hiérarchiques (HLMs) par l'utilisation de la procédure GLIMMIX dans SAS avec une distribution binaire et une fonction de lien indiquée. Parmi l'échantillon des résidents avec une douleur (c'est-à-dire, ceux avec une douleur au moins modérée dans l'auto-évaluation de douleur ou un score d'au moins 2 sur le MDS-PBS), la régression logistique a été utilisée pour examiner la relation entre la réception des médicaments antalgiques et le statut communicatif des résidents.</p> <p>On a considéré des résultats statistiquement significatifs avec une p-valeur de moins de .05. Les analyses ont été exécutées utilisant SPSS la Version 22 (IBM, Inc., Armonk, NEW YORK) et la Version 9.3 SAS (Cary, NC).</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>L'échantillon (N = 71,227) était (73.6 %) surtout féminins, Caucasien (79.7 %) et a une sévère déficience cognitive (52.5 %), avec un âge moyen de 85 ans (SD = 7 ans; voir la Table 1). En général 68.4 % avaient des médicaments antalgiques, 5.0 % ont montré des symptômes comportementaux verbalement agressifs et 4.6 % ont montré des symptômes comportementaux physiquement agressifs.</p> <p>La douleur a été mesurée par l'autoévaluation des résidents pour 51.8 % des résidents (n = 36,880) ou MDS-PBS pour 48.2 % des résidents (n = 34,347). Parmi les résidents qui ont pu autoévaluer leur douleur (n = 36,880), 32.1 % avaient une déficience cognitive sévère, 89.6 % avaient des médicaments contre la douleur, 6.5 % avaient le cancer, 3.4 % avaient de la malnutrition, 91.5 % avaient des maladies cardiovasculaires, 58.5 % avaient des troubles locomoteurs, 67.7 % avaient une douleur modérée ou intense, 4.3 % ont montré des symptômes comportementaux verbalement agressifs et 1.9 % ont montré des symptômes comportementaux physiquement agressifs.</p> <p>Parmi l'autre échantillon des résidents qui ne pouvaient pas reporter leur douleur (n = 34,347), 74.6 % avait une déficience cognitive sévère, 45.6 % avaient des médicaments contre la douleur, 4.2 % avaient le cancer, 4.0 % avaient de la malnutrition, 82.8 % avaient des maladies cardiovasculaires, 40.8 % avaient des troubles locomoteurs, 10.7 % avaient une douleur modérée ou plus intense, 5.9 % ont montré des symptômes comportementaux verbalement agressifs et 7.6 % ont montré des symptômes comportementaux physiquement</p>

	<p>agressifs.</p> <p>La mesure des données manquantes pour des variables utilisées dans les analyses était très basse. La mesure la plus haute de manque était pour la variable cognitive avec 0.8 % de manque de valeurs et la méthode d'effacement « listwise » a été utilisée pour des analyses de régression logistiques pour examiner la relation entre la douleur et des symptômes comportementaux agressifs après le réglage pour d'autres variables explicatives concernant le résident. Le récepteur de la caractéristique d'exploitation statistique a été rapporté dans les Tables 2 et 3 pour mesurer le problème des régressions logistiques ajustées. Les valeurs étaient tout au-dessus de .5, indiquant l'adéquation du modèle (Kleinbaum et Klein, 2010).</p>
Présentation des résultats	<p>89,6% des résidents capables d'autoévaluer et de reporter verbalement leur douleur recevaient une antalgie. Au contraire, seulement 45,6% des résidents incapables de communiquer verbalement recevaient une antalgie.</p> <p>Chez les résidents qui ne pouvaient pas communiquer, la douleur a été associée avec l'agression tant verbale que physique (l'agression verbale : odd ratio ajusté [AOR] = 1.23, 95 % CI [1.17, 1.29]; agression physique : AOR = 1.20, 95 % CI [1.14, 1.26]).</p> <p>Chez les résidents qui pouvaient communiquer, la douleur a été associée à l'agression verbale seulement (AOR = 1.12, 95 % CI [1.04, 1.18]).</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Dans cet échantillon représentatif de soin à long terme auprès de résidents d'hommes aux États-Unis, la douleur chez les résidents qui pouvaient communiquer a été positivement associé seulement à l'agression verbale et la douleur parmi les résidents qui ne pouvaient pas communiquer a été positivement associé avec l'agression tant verbale que physique.</p> <p>Ces résultats suggèrent que la douleur a des effets différentiels sur l'apparition de comportements agressifs dépendant de la capacité des résidents à autoévaluer leur douleur. Une explication est que les résidents qui peuvent verbaliser la douleur vont plus probablement bénéficier d'une gestion de la douleur, ce qui réduit le risque d'agression physique. Cependant, les patients qui ne peuvent pas verbaliser leur douleur vont probablement moins recevoir le traitement antalgique adéquat, ce qui augmente le risque de d'une agression</p>

physique.

Ces résultats suggèrent aussi que la douleur continue à être sous-traitée dans les homes chez les résidents atteints de démence, qui ne communiquent plus verbalement et que ce sous-traitement peut être associé aux symptômes agressifs physiquement. La majeure partie des résidents (89.6 %) qui ont pu reporter leur douleur au moyen d'une auto-évaluation avait des médicaments contre la douleur, tandis que seulement 45.6 % des résidents qui ne pouvaient pas verbaliser la douleur avaient des médicaments antalgiques.

De plus, dans l'analyse multivariée de tous les résidents avec une démence et des signes de douleur, un statut non verbal a été significativement associé à la non réception de la médication de douleur après s'être adapté pour d'autres variables explicatives. Ces résultats sont compatibles avec des études précédentes, qui rapportent que les personnes avec une démence sévère reçoivent moins de médication de douleur (Shega et d'autres., 2007).

Ainsi, il peut être discuté qu'un pourcentage plus haut d'agression physique chez les résidents qui ne peuvent pas verbaliser la douleur pourrait être les conséquences d'une gestion de la douleur insuffisante.

L'auto-évaluation de la douleur, qui est l'évaluation par échelon chez des personnes cognitivement intactes, n'est pas utilisable avec des personnes atteintes de démence sévère parce qu'elle détériore leur capacité à se rappeler, à interpréter et à répondre à la douleur. Au lieu de cela, les résidents atteints de démence sévère ont besoin des évaluations de la douleur complètes qui incluent les mesures d'indicateurs comportementaux de douleur (Herr, 2011 ; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren et Merkel, 2011), qui est crucial pour la détermination du niveau et de la direction du traitement antalgique et ces évaluations devraient être appliquées à fond et suivies pour mettre en place le traitement de douleur approprié.

L'évaluation de douleur incomplète peut aboutir à un sous-traitement de la douleur et augmenter les chances qu'un résident expose des symptômes d'agression physique. Cependant, la nature croisée de cette étude ne pouvait pas fournir une direction temporelle pour la relation entre le traitement de douleur et les symptômes comportementaux d'agression ; ainsi, des études futures devraient utiliser un design longitudinal avec des composantes expérimentales pour identifier des associations temporelles.

	<p>En accord avec les découvertes d'études précédentes, leurs analyses ont montré que la douleur est associée aux comportements agressifs.</p> <p>En effet, Kunik et d'autres. (2010) a rapporté que la douleur a augmenté le risque de l'agression parmi 215 patients atteints de démence demeurant dans une institution.</p> <p>De même Norton et d'autres. (2010) a indiqué que la douleur a été associée aux comportements agressifs parmi 161 résidents avec une démence utilisant l'analyse secondaire de données éventuelles dans l'Alabama. Cependant, ces études précédentes ont été basées sur de relativement petits échantillons et n'ont pas été contrôlé pour l'utilisation de médicaments antalgiques ou ne différencient pas l'agression verbale et physique.</p> <p>Au contraire, cette étude contrôlée avec des médicaments antalgiques, les données utilisées de résidents d'hommes aux États-Unis, la douleur était mesurée via l'auto-évaluation ou l'évaluation de personnel (selon les capacités communicatives des résidents) et différencié entre symptômes agressifs verbaux et physiques.</p>
<p>Perspectives futures/éléments pour la discussion</p>	<p>Cette étude a des implications cliniques importantes. Principalement, les dirigeants des homes devraient enseigner au personnel soignant que des comportements agressifs pourraient être causés par une variété de facteurs, y compris la douleur. De plus, le personnel devrait avoir des outils d'évaluation de douleur adéquats et des directives de traitement adaptés aux résidents atteints de démence pour améliorer la gestion de la douleur dans cette population.</p> <p>Les découvertes de cette étude fournissent aussi une base pour l'avenir de la recherche. D'abord, des études futures sont nécessaires pour examiner les barrières à la gestion de la douleur chez les résidents avec une démence. Deuxièmement, des études futures sont nécessaires pour explorer les interventions de soin les plus efficaces pour la gestion de la douleur chez les résidents atteints de démence et ces études devraient inclure la pharmacologie, aussi bien que la non-pharmacologie et des protocoles de traitement. Finalement, des études futures sont nécessaires pour examiner dans quelle mesure le personnel soignant interagit avec les résidents, particulièrement ceux avec une démence et qui ne peuvent pas communiquer verbalement leurs besoins.</p> <p>Il y avait plusieurs limitations à cette étude. D'abord, il devrait être noté que le pourcentage de symptômes</p>

	<p>comportementaux agressifs dans cette étude était comparativement bas par rapport à celui d'autres études. Par exemple, Kunik et d'autres. (2010) a rapporté que 41 % de patients avec une démence présentaient de l'agression. Ainsi, les résultats-ci peuvent être dû au patient bien soigné dans le home ou à cause d'une minimisation des symptômes comportementaux agressifs. Deuxièmement, cette étude a été limitée par l'analyse secondaire mandatée sur le plan fédéral.</p> <p>Le design d'étude était descriptif et croisé, l'étude ne fournit pas de direction temporelle pour les associations observées entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs. Le tiers, seulement des variables concernant le résident dans le MDS, a été inclus dans cette étude. D'autres facteurs qui contribuent aux symptômes comportementaux agressifs (par exemple, le mélange du personnel soignant et la dotation, la complexité et les conditions environnementales ambiantes du home en question) n'ont pas été inclus. Finalement, il n'y avait aucune différenciation de types ou de la durée de diagnostics de démence dans le MDS, donc aucune analyse de sous-groupe n'était possible sur ces variables.</p>
Questions générales Présentation	<p>Présentation correcte et les paragraphes ont un titre. Le devis de recherche est peu décrit. Les résultats sont présentés sous forme de statistiques dans des tableaux mais aussi repris dans le chapitre résultats. L'article est dynamique et les informations sont claires et démontrées selon le but de l'étude.</p>
Evaluation globale	<p>Bon article qui présente la corrélation positive entre patient atteint de démence présentant des comportements perturbateurs agressifs verbaux et physique, et la douleur. Cet article permet d'appuyer notre question de recherche en vue de démontrer que le personnel soignant a le devoir d'évaluer correctement les changements de comportements indicateurs de douleur pour la traiter et éviter des agressions physiques ou verbales.</p>

Appendices D

Grille de lecture, approche qualitative

Article de Gilmore-Bykovskyi -Bykovskvi A. & Bowers B., (2013)

Aspects du rapport	<p align="center">Contenu de l'article</p> <p align="center">Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes</p>
Références complètes	<p>Gilmore-Bykovskiy -Bykovskiy A. & Bowers B. (2013) Understanding Nurses Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia, <i>Res Gerontol Nurs.</i> 6 (2) 127-138. Doi :10.9028/19404921-20130110-02</p>
Résumé	<p>Les résidents déments vivant dans une maison de retraite reçoivent un traitement inadéquat contre la douleur. Le but de cette étude qualitative est d'examiner comment les infirmières prennent des décisions pour traiter pharmacologiquement la douleur auprès des résidents déments.</p> <p>Utilisant l'Analyse Dimensionnelle Fondée, 15 entretiens approfondis ont été conduits avec 13 infirmières de 4 unités de soins qualifiées dans le Wisconsin. Les infirmières ont éprouvé des niveaux de certitude variables concernant le soupçon de la douleur en réponse aux caractéristiques de certains résidents et à la perception de douleur si elle est visible/évidente ou non-visible/non évidente.</p> <p>Les infirmières ressentent fréquemment la douleur comme incertaine (non-prouvée) chez les patients déments.</p> <p>La douleur soupçonnée chez les résidents avec une démence était presque toujours conceptualisée comme un changement du comportement auquel les infirmières répondaient en testant de multiples interventions dans l'intention de remettre le patient dans un état normal (habituel, calme). Cette tentative n'incluait pas, malgré les recommandations actuelles, des essais pour soulager la douleur.</p> <p>Les résidents avec une démence ont été décrits comme étant à plus grand risque de vivre une sous-évaluation, un sous-traitement et un traitement retardé de leur douleur.</p> <p>Mots-clés : <i>dementia; nursing homes; pain management; decision-making</i></p>
Introduction Enoncé du problème, et les thèmes	<p>La douleur est un symptôme généralement présent parmi les personnes âgées. Elle est en grande partie le résultat de changements liés à l'âge fonctionnel et au développement de pathologies chroniques (American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons, 2009).</p> <p>Les évaluations de la fréquence de douleur quotidienne des personnes âgées à domicile s'étendent de 32 à 56 %</p>

abordés,	<p>tandis que les évaluations de douleur chez des personnes âgées vivant dans des maisons retraite s'étendent de 60 à 70 % (Kruger et Stone, 2008 ; Takai et d'autres. 2010). La douleur sous-évaluée et sous-traitée des personnes âgées a un sérieux impact négatif sur la santé, le fonctionnement et la qualité de la vie ; dépression, isolement social, perturbations du sommeil, diminution fonctionnelle et cognitive (Gibson et Weiner, 2005; Herr et Garand, 2000).</p> <p>Les personnes âgées vivant dans des maisons de retraite présentent un risque plus élevé d'avoir une sous-gestion de la douleur. Des barrières existent concernant le système comme le dossier médical incomplet et la dotation en personnel insuffisante et avec des ressources limitées (Ferrell, 2000). Ce risque augmente encore pour les résidents avec une démence dont la capacité à raisonner et à communiquer leurs besoins est souvent compromise, diminuant leur capacité à reconnaître et à rapporter la douleur (Bachino, Snow, Kunrk, Cody et Wristers, 2001 ; Horgas et Elliot, 2004).</p>
Recension des écrits	<p>La recherche a systématiquement documenté la fréquence importante de sous-évaluation et de sous-traitement pharmacologique de la douleur des résidents déments vivant dans un EMS (Reynolds, Hanson, DeVellis, Henderson et Steinhauser, 2008; Williams, Zimmerman, Sloane et Roseau(Anche), 2005; Wu, Meunier, Lapane, Roy et Mor, 2005).</p> <p>Les fausses idées de la douleur et du vieillissement, des attitudes stoïques, la formation inadéquate et la sous-utilisation d'outils d'évaluation appropriés présentent des barrières à l'évaluation de douleur efficace et au traitement des personnes âgées avec une démence (McAuliffe et d'autres.,2008)</p> <p>Au cours de la dernière décennie, les chercheurs ont fait des avancements significatifs dans ce domaine par le développement, l'évaluation et la dispersion de nombreux outils d'évaluation conçus pour reconnaître les indicateurs comportementaux de douleur chez des personnes âgées non communicante verbalement (Herr, Bjoro et Decker, 2006; Herr, Bursch et Noir, 2008; Herr, Bursch, Ersek, Meunier et Swafford, 2010). Malgré la disponibilité de ces outils et des directives claires pour leur utilisation, un nombre alarmant de résidents a toujours une sous-gestion de la douleur.</p>
Cadre théorique ou conceptuel,	<p>Analyse dimensionnelle fondée, concept de douleur de la perspective des infirmières. Modèle conceptuel crée à partir des interviews menées durant cet étude.</p>

concepts	
Question de recherche et aspects importants pour notre question de recherche	<p>Le but de cette étude était d'examiner comment les infirmières prennent des décisions pour pharmacologiquement traiter la douleur auprès des résidents déments dans un EMS aussi bien qu'identifier les conditions qui influencent les décisions de traitement et de développer un modèle conceptuel qui peut guider la recherche future et la pratique clinique.</p> <p>Cet article reprend le contexte de notre question de recherche et permet de cibler les décisions des infirmières prises en cas de douleurs chez les personnes démentes et ce qui influencent cette prise de décision (comme quand débiter un traitement, donner une réserve, évaluer la douleur, les raisons d'attendre de donner l'antalgique, etc.)</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	<p>Cette étude a employé un design qualitatif, l'analyse dimensionnelle fondée, pour explorer les connaissances infirmières sur la douleur des personnes âgées démentes et les actions qu'elles entreprennent par rapports à ses connaissances et comment les deux sont liés. (Caron et B., 2000).</p> <p>Un autre but majeur de cette recherche était d'identifier les conditions qui influencent les actions des infirmières qui font obstacle à la bonne gestion de la douleur. L'analyse Dimensionnelle Fondée est une méthodologie qualitative qui a été développée comme une alternative à la théorie fondée.</p> <p>Cette analyse directionnelle fondée partage la base de l'interaction symbolique et elle est conçue spécialement pour créer une théorie à propos de comment des connaissances sociales peuvent guider les actions et d'identifier les conséquences associées avec ces différentes actions. Le produit final de l'analyse dimensionnelle fondée est un modèle conceptuel qui explique le phénomène d'intérêt (Bowers & Schatzman, 2008).</p>

Population et contexte	<p>Quinze entretiens approfondis ont été conduits avec 13 infirmières de 4 unités de soins qualifiées dans le Wisconsin. Le seul critère d'éligibilité pour les participantes infirmières était qu'elles fassent l'objet d'une licence d'infirmières avec de l'expérience auprès des résidents déments en EMS. Les infirmières pratiques et enregistrées ont été incluses parce que les infirmières pratiques composent environ la moitié de la main-d'oeuvre d'infirmière autorisée dans des EMS (Rantz et d'autres., 2004) et malgré des différences claires du champ de pratique, les infirmières pratiques fonctionnent souvent dans une capacité semblable que des infirmières enregistrées (Corazzini et d'autres., 2010).</p> <p>L'étude n'a pas été soumise à un examen de l'Université de Madison de Wisconsin le Comité de révision Institutionnel vu qu'aucun patient identifiable ou des informations d'infirmière n'ont été rassemblés. En conséquence, aucune informations démographiques n'ont été rassemblées sur les participantes hormis ce qui a été nécessaire pour vérifier l'éligibilité. Les chercheurs ont travaillé en collaboration avec les Directeurs de Soins pour recruter des participantes.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les entretiens ont été conduits avec les participantes dans une chambre individuelle sur leur place de travail ce qui était pratique pour elles. On a demandé aux participantes de venir à un ou à deux entretiens et elles ont reçu des honoraires de 15 \$ par entretien. Les entretiens ont été enregistrés sur bande magnétique et transcrits mot pour mot. Deux participantes ont été interrogés deux fois ; ces entretiens de suivi ont été utilisés pour réaliser des stratégies de vérification comme la vérification du membre, assurer le développement du modèle conceptuel et compléter les nouvelles questions qui ont pu surgir pendant l'analyse des entretiens.</p> <p>L'échantillonnage théorique a été utilisé au cours de l'étude. Les participantes ont été recrutés par l'échantillonnage de commodité par des courriers électroniques de leur Directeur de Soins, des prospectus affichés dans des espaces de travail désignés et une annonce de l'étude à une réunion du personnel. L'échantillonnage théorique peut être réalisé par l'identification des participantes avec une expérience pertinente ou par des questions d'entretien susceptibles permettre des comparaisons. L'échantillon varie grâce à l'expérience personnelle de chacune des participantes.</p>

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Dans cette étude, l'échantillonnage théorique s'est poursuivi principalement en modifiant les questions d'entretien. Par exemple, si une participante raconte sa décision de traitement impliquant un résident avec une démence très sévère qui a récemment subi une chirurgie, l'enquêteur explorait comment cela était différent d'un résident sans ou avec une démence légère. Ainsi, un échantillon comparatif est construit à partir des détails obtenus de la participante qui explique les deux situations de son propre point de vue.</p> <p>La première question des entretiens ouverts commençait avec une question non-directive et large : "parlez-moi de votre expérience de travail comme infirmière." La plupart des participantes ont commencé en décrivant des emplois qu'elles ont eu et des exigences en matière de soins différents comme l'évaluation et le traitement.</p> <p>Les participantes ont aussi décrit l'incapacité de communiquer à cause d'autres conditions comme l'aphasie ou le trauma comme défi pour la gestion de la douleur. Cependant, cette étude s'est concentrée seulement sur les difficultés de communication en raison d'une démence.</p> <p>Les entretiens duraient entre 40 et 96 minutes.</p> <p>Le changement de comportement est la réponse principale qui se dit comme obstacle à la gestion de la douleur. La collecte de données et l'analyse continues jusqu'à cette catégorie principale ont été théoriquement saturées.</p>
<p>Rigueur</p>	<p>Les chercheurs ont compté principalement sur la saturation théorique de la catégorie principale pour déterminer la taille type appropriée, mais ont aussi considéré d'autres éléments de données importants, y compris la qualité des données (qui étaient riches et descriptives), la portée de la catégorie principale d'intérêt (qui était spécifique et non trop large), l'utilisation des données floues et la nature complexe du sujet/ de la participante. (Morse,2000).</p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Les données sont analysées après chaque entretien, permettant au chercheur qui est informé, de poursuivre des questions dans les entretiens ultérieurs par le développement du modèle conceptuel. L'analyse a progressé par plusieurs phases non-linéaires : codage ouvert, axial et sélectif. Le codage ouvert s'est concentré sur la découverte et la description de catégories et leurs caractéristiques. Le codage axial a impliqué l'exploration des conditions qui influencent le processus social et des conséquences liées aux conditions différentes et des décisions.</p>
<p>Présentation</p>	<p>Un modèle conceptuel (figure 1) a été développé pour illustrer les processus des infirmières qui s'engagent à identifier et à décider si vraiment il faut traiter la douleur chez des résidents déments dans un EMS.</p>

des résultats	<p>Le modèle décrit comment le niveau de certitude perçu des infirmières quant à la douleur soupçonnée influence les décisions de traitement. Les infirmières ont perçu que le niveau de certitude de la présence de douleur était le facteur le plus significatif dans la détermination de si et comment la douleur d'un résident serait traitée rapidement pharmacologiquement.</p> <p>Les caractéristiques des résidents aussi bien que la présence ou l'absence d'une raison évidente de douleur, ont influencé les niveaux de certitude des infirmières quant à la présence de douleur. On a considéré des raisons visibles/évidentes à la douleur d'exister quand un résident a eu une condition connue comme provoquant de la douleur (atteint d'une maladie) ou vit une expérience pour laquelle on connaît largement que la douleur est un résultat attendu.</p> <p>L'identification de la douleur chez des résidents déments par des infirmières sont échelonnés selon ces trois types d'indicateurs de douleur : (1) des comportements suggestifs de douleur, (2) des comportements fortement suggestifs de douleur et (3) des changements de comportement généraux (tableau 1).</p> <p>Les exemples de comportement incluent le retrait, les comportements agités et les vocalisations négatives. Les infirmières ont décrit ces types différents d'indicateurs de douleur quand on leur a directement demandé comment elles perçoivent les signes de douleur chez une personne démente.</p> <p>Sans conseils de l'interviewer, cependant, les infirmières ont conceptualisé n'importe quel type d'indicateur de douleur exposé par une personne avec une démence comme un changement de comportement. Même dans des situations quand les résidents avec une démence rapportent eux-mêmes la douleur, les infirmières conceptualisait toujours leur douleur et ses effets comme la représentation d'un changement du comportement normal. Les infirmières se sont senties incertaines de la fiabilité des plaintes physiques des personnes démentes. Et surtout indécise de savoir si la douleur est la cause du changement de comportement. En conséquence, bien qu'elles identifient des indicateurs de douleur chez des résidents déments, les infirmières avaient généralement des niveaux de certitude très bas quant à la douleur soupçonnée pour ces résidents.</p> <p>La présence d'indicateurs de douleur n'était pas par habitude suffisante pour déclencher l'intervention pharmacologique. En réponse à la douleur soupçonnée, les infirmières ont essayé des interventions diverses, non-séquencées pour essayer de soulager les changements de comportement qui n'incluaient pas toujours des</p>
---------------	---

analgésiques. En conséquence de ce processus d'essais et d'erreurs, les analgésiques seraient fournis aux résidents déments avec du retard.

Les buts de l'évaluation et du traitement ont aussi varié en réponse à si vraiment un résident avait une démence. En absence de démence pour les deux caractéristiques associées à la certitude et l'incertitude, le but d'évaluation et des activités de traitement était de confirmer la certitude quant à la douleur et-ou vérifier l'efficacité de traitement. En présence de démence, cependant, le but de l'évaluation et du traitement ont changé vers un retour du résident à un état normal fonctionnel en réduisant ou en éliminant les symptômes comportementaux

Bien que les infirmières se soient senties très incertaines concernant leur capacité de confirmer la douleur soupçonnée chez les résidents avec une démence, elles n'ont pas suivi par leur propre décision ou par habitude le document regroupant les interventions efficaces pour les résidents avec la démence. Les infirmières ont exprimé le sentiment qu'il était presque impossible d'établir avec certitude les causes sous-jacentes des indicateurs de la douleur chez des résidents avec une démence.

Les résidents à long séjour ont été reconnus pour vivre des conditions qui pourraient contribuer à l'expérience de douleur chronique. Cependant, parce que la douleur n'était généralement pas prévue chez des résidents à long séjour et n'était d'habitude pas évidente ou visible, les infirmières ont considéré sa présence comme étant anormale et nécessitant l'évaluation plus large.

L'absence de démence produit une influence forte sur les décisions à traiter la douleur à cause de la capacité des résidents non déments de communiquer. Même si une raison visible/évidente à la douleur n'était pas apparente et les infirmières avaient un niveau bas de certitude quant à la douleur soupçonnée, les résidents sans démence reçoivent le traitement rapidement pour deux raisons : (1) parce qu'ils peuvent raisonner et communiquer clairement et (2) parce qu'ils demandent le traitement par eux-mêmes.

Les infirmières ont considéré la douleur comme étant plus facile à évaluer et à traiter chez des résidents avec des raisons évidentes de douleur et chez les résidents qui peuvent précisément rapporter l'efficacité de traitement. Les infirmières ont décrit un sentiment très incertain quant à la douleur chez des personnes avec une démence en raison d'une incapacité perçue de précisément interpréter et répondre aux questions d'évaluation. Elles ont estimé qu'il était

impossible d'exclure une autre raison plus évidente que la douleur.

Des résidents avec une histoire de recherche de médicament ou qui montrent des comportements cherchant le médicament (par exemple par habitude de demander les médicaments dans des intervalles plus fréquents que d'ordinaire bien que l'apparition de la douleur n'est pas flagrante). Ces patients ont été décrits comme subissant des évaluations supplémentaires et des retards de traitement.

Le résident et les caractéristiques de douleur associées à l'incertitude avaient un effet additif sur la mesure de retards de traitement. Les comportements très suggestifs de douleur aboutissaient généralement à l'analgésie plus rapide, cependant, quand en plus de la démence un résident n'avait aucune raison évidente de ressentir de la douleur ou n'avait pas d'histoire de recherche de médicament, les infirmières ont éprouvé un doute accru quand à la présence réelle de douleur ce qui a produit des plus grands retards de traitement. Des 4 caractéristiques associées à l'incertitude, la démence a été décrite comme étant la plus grande force de dissuasion pour débiter le traitement de la douleur.

<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les découvertes de cette étude fournissent des aperçus importants sur comment les infirmières conceptualisent la douleur chez des résidents avec une démence dans un EMS et leurs décisions de fournir le traitement pharmacologique.</p> <p>Les découvertes mettent aussi en évidence les raisons du traitement inadéquat de la douleur pour des résidents d'EMS sans démence avec des maladies chroniques diverses qui ont été perçues par des infirmières dans cette étude comme étant des raisons évidentes à la douleur.</p> <p>Les infirmières dans cet étude n'ont pas de procédures claires pour évaluer la douleur, répondre à des indicateurs de douleur et à des changements de comportements et n'ont pas d'interventions prioritaires.</p> <p>Les recommandations de pratique mettent en évidence l'utilisation d'interventions non pharmacologiques comme la thérapie de première ligne pour les symptômes comportementaux de démence alors que les neuroleptiques sont souvent utilisés pour traiter ces symptômes et ne sont pas efficaces dans l'amélioration du fonctionnement, des besoins de soin ou pour améliorer la qualité de la vie et sont associés aux nombreux effets secondaires défavorables (Salzman et d'autres., 2008).</p> <p>Les infirmières dans cette étude n'ont pas priorisé l'évaluation et le traitement des problèmes physiques, mais ont vraiment considéré les nombreuses étiologies non-physiques comme cause des changements comportementaux comme le déséquilibre psychosocial ou environnemental. Cette approche peut être due à l'environnement de l'EMS, où à la base de beaucoup d'interactions de soin il y a une relation entre le personnel et le résident plutôt que l'importance de la maladie et du traitement plus généralement constatés dans les unités de soins intensifs. Il est important d'ajouter que toutes les infirmières dans cette étude ont appliqué des tentatives volontaires et minutieuses afin de maintenir le bien-être du résident en respectant ce qu'elles ont envisagé comme étant une variété de besoins non satisfaits.</p>
<p>Perspectives /éléments pour la discussion</p>	<p>Les découvertes de cette étude qualitative fournissent une compréhension concernant les décisions infirmières de traitement quant à la douleur de quatre unités de soins qualifiées dans le Wisconsin. Cette étude fournit une nouvelle preuve que les niveaux de pratiques en gestion de la douleur basé sur des preuves sont faibles dans les EMS et étend la compréhension des raisons possibles à un sous-traitement continu de la douleur parmi les résidents déments</p>

	<p>selon la perspective des infirmières.</p> <p>Cette étude étend aussi la compréhension des corrélations existantes parmi le résident, la douleur et les facteurs de soins liés faisant barrière aux décisions de traitement. L'examen des pratiques infirmières quant à leurs prises de décisions pour le traitement de la douleur serait à entendre dans d'autres études dans d'autres domaines de soin plus larges.</p>
<p>Questions générales</p> <p>Présentation</p>	<p>Les découvertes de cette étude doivent être interprétées à la lumière de ses limitations. Cette étude a inclus un petit échantillon d'infirmières autorisées qui travaillait dans un domaine géographiquement semblable.</p> <p>Aucunes informations démographiques n'ont été rassemblées et aucune observation des participantes n'a eu lieu. En conséquence les résultats ne peuvent pas être appliqués et cohérents à d'autres infirmières concernant les modèles de traitement et leurs actions.</p>
<p>Évaluation globale</p>	<p>Article qualitatif complet avec des passages des entretiens menés avec les participantes à l'étude. Rigueur scientifique respectée, chapitres présents et bien construits. Beaucoup d'éléments denses et riches à trier pour savoir quoi relever de pertinent pour notre question de recherche.</p>

Appendices E

Grille de lecture, approche mixte

Article de McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M. & Fetherstonhaugh D (2008)

Aspects du rapport	<p align="center">Contenu de l'article</p> <p align="center">Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes</p>
<p>Références complètes</p>	<p>McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M. & Fetherstonhaugh D., (2008). <i>Pain assessment in older people with dementia</i> : literature review. JAN, <i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>Revue de littérature analyse selon grille qualitative adaptée en fonction des éléments disponibles</p> <p>Manque cadre de référence, méthode, devis, concept et théories.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Contexte : La douleur est fréquemment non détectée, mal interprétée, ou imprécisément évaluée chez les personnes âgées avec une déficience cognitive. Ces personnes ne peuvent souvent pas reporter ou transmettre comment ils se sentent et sont souvent perçus comme incapables de ressentir ou de reporter la douleur.</p> <p>Pour que la douleur soit mesurée et traitée, il est premièrement nécessaire de la détectée.</p> <p>La majorité des recherches dans l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes s'intéressent à la mesure de la douleur plutôt qu'au processus d'évaluation de la douleur actuelle.</p>
<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème, et les thèmes abordés,</p>	<p>Cet article est une revue de littérature conduit pour identifier les barrières à l'évaluation réussie de la douleur auprès des personnes âgées démentes et les stratégies possibles pour surmonter de telles barrières.</p> <p>Les personnes âgées forment la population les plus susceptibles d'avoir leur douleur insuffisamment évaluée et ceci est particulièrement le cas pour les personnes atteintes de démence (Weiner et 2001 Hanlon). Un nombre croissant d'articles est écrit sur l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées démentes ; cependant, la majorité des recherches s'est jusqu'à présent concentrée sur la mesure de la douleur (par exemple. Ferrell et al., 1995...) plutôt que sur le processus réel d'évaluation de douleur. Pourtant, pour que la douleur soit mesurée et traitée, il est en premier nécessaire qu'elle soit détectée (Sengstaken et King 1993).</p> <p>Les barrières qui font obstacles à l'évaluation de la douleur existent pour toutes les personnes âgées, mais particulièrement pour les personnes âgées avec une démence, une population pour qui la reconnaissance de douleur est difficile.</p>

	<p>En dehors des problèmes liés à la diminution sensorielle et des difficultés de communication, l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées démentes est plus compliquée en raison d'une multitude d'autres facteurs, y compris la preuve que l'expérience de la douleur est anormale peu de personnes avec une démence (le Pêcheur - Morris et 1997 Gellatly). Il n'est donc pas surprenant que plusieurs études ont indiqué que la douleur est sous-reconnue dans cette population (Sengstaken et King 1993, Madjar et 1996 Higgins), avec une administration analgésique qui souvent cache les signes de douleurs (Scherder et 1997 Bouma, Horgas et 1998 Tsai).</p> <p>Les difficultés dans la détection de la douleur gênent l'évaluation réussie, qui est cruciale pour la mise en oeuvre et l'évaluation d'interventions appropriées.</p> <p>Dans une revue systématique, Renard et al. (1999) a constaté que la fréquence de la douleur auto-rapportée auprès des personnes âgées a été évaluée de 36 % à 70 %. Il pourrait être admis que la fréquence de la douleur est semblable pour les personnes âgées incapables de communiquer verbalement. Des cliniciens ont une responsabilité éthique et professionnelle d'évaluer et par la suite de traiter la douleur chez ces personnes qui sont particulièrement vulnérables à cause de leur diminution cognitive ou d'autres problèmes qui diminuent leur capacité de communiquer leur douleur verbalement. Pour réduire la douleur non-reportée chez les personnes démentes, les cliniciens doivent connaître et appliquer les stratégies les plus efficaces pour évaluer leur douleur. Ceci peut seulement être facilité en identifiant les barrières existantes à l'évaluation réussie de la douleur auprès de ces personnes et d'identifier les stratégies potentielles que l'on a proposées comme les manières de surmonter ces barrières à l'évaluation.</p>
Recension des écrits	<p>Sources de données. Les recherches ont été conduites dans CINAHL, Medline et d'autres bases de données pendant la période 1993-2007</p> <p>Utilisation des termes de recherche : pain, dementia, assess*, barrier* et obstacle*.</p>
Cadre théorique ou conceptuel, concepts	<p>Pas défini ni présenté ici car c'est une revue de littérature.</p> <p>Le concept de soin centré sur la personne reçoit l'attention internationale croissante, particulièrement dans le domaine du soin des personnes âgées et l'application de ce cadre conceptuel à la pratique d'évaluation de douleur auprès des personnes âgées avec une démence peut éclairer beaucoup de barrières actuellement expérimentées.</p>

Question de recherche et aspects importants pour notre question de recherche	<p>Cet article est une revue de littérature conduite pour identifier les barrières à l'évaluation réussie de la douleur auprès des personnes âgées démentes et les stratégies possibles pour surmonter de telles barrières.</p> <p>Cette revue vise notre question de recherche car elle reprend les éléments qui nous interroge, à savoir, les barrières à l'évaluation de la douleur concernant le patient dément et les barrières concernant l'infirmière (croyances, expériences, aptitudes...).</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	<p>Les études ont été d'une façon critique évaluées par deux critiques indépendants. Les données ont été extraites utilisant des instruments spécifiquement développés pour la revue. Les études ont été catégorisées selon les niveaux de preuve définie par l'Australien national Santé et Conseil de Recherche Médical et Institut de Joanna Briggs.</p> <p>Bien que ceci ne soit pas une revue systématique, toutes les études pertinentes identifiées ont été évaluées avec leur qualité méthodologique et extraites par deux critiques indépendants. Les études quantitatives ont été catégorisé selon le niveau de preuve, comme défini par la Santé nationale et le Conseil de Recherche Médical (NHMRC 2005) des critères (Voir la Table 1). Des études qualitatives ont été catégorisées selon les niveaux de preuve définie par l'Institut de Joanna Briggs (JBI 2004) (Voir la Table 2).</p>
Population et contexte	<p>Participants impliqués : âgés de 65 ans ou plus vieux, avec diagnostic de démence (n'importe quel type ou stade), vivant avec leurs familles ou personnel de santé ; et tous les autres lieux de vie (par exemple maisons de repos, cliniques spécialisées pour la démence, endroits communautaires, soin aigu et subaigu).</p>
Collecte des données et mesures	<p>La première phase de la stratégie de recherche a impliqué une recherche limitée de CINAHL et des bases de données MEDLINE pour définir les paramètres de l'examen plus spécifique de la littérature. Dans cette phase, des mots clés pertinents et des termes descriptifs contenus dans les titres, ont été identifiés. La deuxième phase a impliqué une recherche plus vaste de chacune des bases de données suivantes : PsycINFO, Ageline, Cochrane La bibliothèque, Embase, APAIS la Santé, le Contenu Actuel Unit(Connecte),etc.</p> <p>La gamme de recherche a été limitée aux années 1993-2007 pour assurer les recherches récentes.</p> <p>La troisième étape a impliqué la recherche de listes de référence et les bibliographies des articles retenus de la</p>

	deuxième phase. Les articles ont été inclus s'ils étaient des rapports de procès contrôlés randomisés (RCTs), ou ont employé d'autres méthodes de recherche comme des procès contrôlés non-randomisés, des études longitudinales, la cohorte ou des études de contrôle de cas, ou des études non-expérimentales ; Études publiées avant 1993 et en anglais.
Déroulement de l'étude	<p>Un total de 77 articles potentiellement pertinents a été trouvé. Les nombres d'articles recouverts de chaque base de données étaient comme suit : CINAHL (18); Medline (18); PsycINFO (18); Ageline (2); Cochrane Bibliothèque (0); Embase (10); APAIS Santé (0); contenu Actuel Unit(Connecte) (5); dissertation Résumés (0); l'index (6)(indice 6)) de Citation de Sciences Social. La duplication des articles entre les bases de données a été notée et éliminée de la recherche.</p> <p>En général 10 articles ont respecté les critères d'inclusion et ont été inclus dans la revue.</p>
Rigueur	Toutes les études ont été d'une façon critique évaluées par deux critiques indépendants utilisant des outils d'évaluation quantitatifs et qualitatifs développés pour la revue et basées sur ceux publiés par JBI. L'évaluation critique des articles concentrés sur les sources de biais dans la sélection de participants, sur les méthodes de recherches et les taux d'abandon.
Résultats Traitement des données	<p>Les 10 études incluses dans la revue sont présentées dans le tableau 3. Les résultats sont présentés en deux sections : barrières à l'évaluation de douleur réussie et les stratégies pour l'évaluation de la douleur réussie.</p> <p>Il est probable que la future recherche identifiera des barrières et des stratégies supplémentaires.</p>
Présentation des résultats	<p>La discussion de ces barrières apparaît dans deux titres principaux :</p> <p>Considérations du personnel soignants et des personnes avec une démence et les considérations du personnel soignants avec un manque de reconnaissance.</p> <p><u>Considérations de l'équipe soignante</u></p> <p>Lacune d'identification de la douleur (reconnaissance)</p> <p>La douleur n'est souvent pas évaluée parce qu'elle est difficile à être reconnue et à être diagnostiquée par la</p>

suite. Madjar et Higgins (1996) ont constaté qu'il y avait un haut taux de douleur chronique chez des résidents de maison de retraite. Ces faits sont méconnus par le personnel soignant et la douleur chronique est rarement inscrite comme un diagnostic médical ou de soin ou détaillée dans les plans de soins. La douleur chronique était particulièrement méconnue chez ces résidents au début de leur démence, alors qu'il a pu être, en réalité, indiqué qu'ils l'éprouvaient.

Formation et entraînement insuffisants.

L'enseignement insuffisant ou la formation insuffisante, tant perçu que réel, a été identifié comme une barrière à l'évaluation efficace de la douleur auprès des personnes démentes. Cohen Mansfield et Creedon (2002, p. 70) a constaté que beaucoup d'infirmières ont été contraintes par leur formation et par leurs façons habituelles personnelles de conceptualiser la situation, de suivre « la croyance » qu'un problème comportemental était le résultat d'une détresse psychologique (et a donc exigé des interventions spécifiques), plutôt que de chercher les causes potentiellement différentes du problème de comportement (une douleur par exemple, un inconfort).

Ils ont suggéré d'utiliser les diagnostics pour expliquer que le changement comportemental peut être un exemple de formation insuffisante. Seulement 44 % des maisons de retraite étudiées par Allcock et d'autres. (2002) fournissent un enseignement pour rendre le personnel soignant qualifié pour évaluer et gérer la douleur auprès des personnes démentes, mais forment encore moins les aides-soignantes (34 %). Kovach et d'autres. (2000) a interviewé des infirmières considérées comme des managers informées et expérimentées dans l'évaluation de la douleur et son traitement auprès des personnes démentes ; malgré cela les infirmières avaient reçu une formation vaste dans la gestion de la douleur une année auparavant et avaient adopté des procédures formelles pour améliorer la prise en soin de la douleur des personnes démentes, elles ont rapporté un besoin supplémentaire de formation concernant le processus d'évaluation et les signes et les symptômes d'inconfort. Dans une étude examinant la connaissance du personnel soignant et des croyances concernant la douleur auprès des résidents âgés déments, Zwakhalen et d'autres. (2007) a trouvé des déficits de connaissance en ce qui concerne l'évaluation de la douleur, malgré la satisfaction des personnes soignantes interrogées sur la façon dont ils ont évalué la douleur.

Misdiagnosis (diagnostic erroné) ou diagnostic tardif

Les symptômes associés à la douleur dans la démence sont souvent mal interprétés, aboutissant à un diagnostic erroné ou tardif. Comme mentionné précédemment, les infirmières attribuent souvent un changement du comportement à un problème psychologique ou psychiatrique plutôt que de chercher une autre cause (Kovach et d'autres. 2000, Cohen Mansfield et 2002 Creedon). Kovach et d'autres. (2000) a constaté que les analgésiques étaient souvent administrés seulement après que le traitement avec des médicaments psychotropes avait échoué. Cohen Mansfield et Creedon (2002) se sont concentrés sur l'excès de diagnostics exposés sur le diagramme de soin de la personne comme une explication de ce comportement problématique, plutôt que de chercher d'autres raisons possibles provoquant de la douleur.

Kaasalainen et d'autres. (2007) a rapporté que l'on a surtout considéré les comportements des résidents comme étant indicatif de quelque chose d'autre que de la douleur, avec une douleur souvent examinée et évaluée en dernier ressort chez les résidents déments.

Non utilisation des outils d'évaluation

La non utilisation d'outils d'évaluation adéquats et appropriés pour mesurer la douleur a été identifiée comme un obstacle à l'évaluation efficace de la douleur auprès des personnes démentes. Allcock et d'autres. (2002) a constaté que 75 % des maisons de retraite n'ont pas utilisé d'outil d'évaluation de la douleur standardisé, avec au moins 84 % qui se basent sur l'auto-évaluation et l'observation réalisées par le personnel soignant durant les soins. 71% des infirmières dans l'étude par Adams et d'autres. (1997) a dit qu'elles ont trouvé qu'il serait avantageux d'avoir un outil d'évaluation spécifique contenant une certaine ligne directrice et un organigramme suivi pour identifier les changements qui indiquent la douleur. Madjar et Higgins (1996) a constaté qu'aucun instrument systématique ou complet n'a été utilisé pour évaluer la douleur.

Considérations des personnes démentes

Preuve insuffisante. Cohen Mansfield et Creedon (2002) a identifié un manque de preuve suffisante (qu'un changement de comportement est provoqué par une sensation de douleur) comme une barrière à la détection de la douleur auprès des personnes âgées démentes. Ils ont constaté que les comportements ont dû être répétés

plusieurs fois et observés en présence de la même soignante avant que ces comportements n'aient été liés avec une sensation de douleur. Fisher-Morris et Gellatly (1997) ont suggéré qu'il puisse y avoir un sous-ensemble de personnes démentes qui ont ce qui serait normalement identifié comme des conditions douloureuses, mais qui n'éprouve pas de douleur.

Deux cas ont été présentés comme des exemples, suivi par une enquête nationale à petite échelle, au sujet des expériences des aidants informels (n = 47) s'occupant de personnes âgées démentes qui devraient, au dire de tous, avoir exprimé de la douleur par rapport à un événement défavorable. Dans toutes les réponses, des douleurs étaient absentes, malgré la communication émotionnelle et verbale apparemment intacte. Ces découvertes ne peuvent en aucune façon être extrapolées pour refléter l'expérience de toutes les personnes démentes. Cependant, ils mettent vraiment en évidence la gamme de réponses individuelles possibles à ce qui est normalement catégorisé comme des conditions 'douloureuses', aussi bien que le fait que l'incapacité possible de ressentir et d'exprimer la douleur peut être une barrière à un soin efficace exigeant un traitement dans des conditions médicales.

Type de douleur

Les découvertes de plusieurs études indiquent que la distinction entre les types de douleurs différents peut être une difficulté qui empêche l'évaluation efficace de la douleur.

Cohen Mansfield et Creedon (2002) l'étude ont mené une étude en interviewant le personnel soignant au sujet des facteurs qu'ils ont considéré comme importants dans l'évaluation de la douleur chez des personnes âgées démentes. Les groupes de discussion ont produit une longue liste d'indicateurs de douleur et un certain nombre de ceux-ci sont liés au changement physiologique, y compris la décoloration de la peau, des changements de signes vitaux et le changement de la couleur du visage.

Des dix indicateurs identifiés par le personnel soignant comme les plus importants dans la douleur, six étaient des signes physiologiques. Les auteurs ont conclu que les changements de signes physiques et physiologiques peuvent être plus indicatifs de la douleur aiguë que de la douleur chronique, suggérant que la douleur chronique soit une barrière qui empêche la détection et l'évaluation de cette douleur. Adams et d'autres. (1997) a aussi constaté que les infirmières ont compté sur des changements physiologiques (comme les changements dans les signes vitaux, la protection/garde/défense et la pâleur) pour les alerter qu'une personne démente éprouvait de la douleur. Ces signes

vitaux révélaiient être indicatifs comme le signe d'une douleur aigue, mais non chronique.

Le fait que les infirmières soulignent l'utilisation d'un changement comportemental comme indicateur de douleur, suggère que la douleur chronique peut être particulièrement susceptible d'être non-détectée.

Attitudes stoïques

Certaines attitudes des personnes âgées qui éprouvent de la douleur peuvent aussi être des obstacles à l'évaluation efficace de la douleur. Dans une étude de personnes âgées vivant dans des maisons de retraite (avec ou sans démence) Madjar et Higgins (1996), a trouvé que la plupart des résidents avait exprimé des attitudes stoïques et ont accepté leur douleur dans le cadre du processus de vieillissement. D'autres croyances identifiées étaient une crainte d'une dépendance médicamenteuse (analgésique), ainsi que le fait de reporter la douleur soit vu comme une plainte. De plus, ils doutent que le soulagement efficace de leur douleur soit en réalité possible. Ces espérances et attitudes sont des barrières empêchant l'évaluation, vu qu'ils empêchent les résidents à rapporter leur douleur.

Des stratégies pour surmonter des barrières à l'évaluation réussie de la douleur

On a proposé plusieurs stratégies dans la littérature comme les moyens de surmonter certaines des barrières décrites ci-dessus.

Connaître la personne

Plusieurs études ont mis en évidence l'importance de connaître la personne dans l'élaboration d'une évaluation efficace de la douleur chez les personnes âgées démentes. Parke (1998) a rapporté que les infirmières ont utilisé les changements de comportements comme indicateur de douleur réelle pour démontrer qu'une personne est algique et que cette méthode d'évaluation peut seulement être entreprise s'il y avait le caractère familial avec la personne. Ils ont rapporté que les infirmières ont utilisé une approche individuelle pour chaque patient qui s'est basée sur une connaissances des habitudes quotidiennes de la personne, des caractéristiques, des goûts et dégoûts.

L'évaluation a été rapportée comme étant un processus d'essais et d'erreurs comptant sur la consultation avec une équipe pluridisciplinaire.

La connaissance de la personne a permis aux infirmières d'obtenir la connaissance individualisée cruciale des indices de douleur de chaque individu. Ainsi la capacité des infirmières à reconnaître le changement est facilitée et permet de réaliser l'évaluation de la douleur.

L'étude par Kovach et d'autres. (2000), qui a impliqué des entretiens semi-structurés et des groupes de discussion avec des infirmières, a permis d'identifier les stratégies qui pourraient être utilisées pour surmonter les barrières à l'évaluation de la douleur dans la démence avancée. Ceux-ci incluent la connaissance de la personne (en travaillant systématiquement avec la même personne et passant du temps avec elle) ; surveillant n'importe quels changements du comportement (des changements subtils seulement détectables par le personnel qui travaille systématiquement avec la même personne); et étant conscient du message symbolique possible de comportements (identifiant par exemple le comportement d'excitation comme une tentative de s'échapper de la douleur).

La description des infirmières des symptômes et de leur évaluation était cohérente, suggérant que la connaissance approfondie de la personne est primordiale, pour contribuer à l'évaluation systématique de la douleur chez des personnes âgées démentes.

Cohen Mansfield et Creedon (2002) mettent en avant que la notion de connaître la personne peut aider dans la détection et l'évaluation de leur douleur. Ils ont constaté que la connaissance des habitudes personnelles d'une personne a été beaucoup utilisée pour évaluer la douleur plutôt que des procédures formelles. Cela fournit plus de chances de détecter la douleur chez les résidents dont ils se sentent proches. Cependant, il y avait une variation considérable d'avis sur la durée exigée pour qu'une infirmière devienne assez familière avec une personne démente pour pouvoir détecter sa douleur, (réponses allant de 1 semaine à 3 mois).

Une étude basée sur une théorie fondée a tenté de découvrir les facteurs cruciaux à l'évaluation fiable de la douleur chez des personnes avec une démence modérée à sévère. Trente et un aidants formels et non-formels des personnes âgées ont été interviewés au sujet de leurs perceptions de douleur chez la personne qu'ils ont soignée. L'analyse thématique et catégorique a révélé plusieurs thèmes. Tous les aidants ont revendiqué pouvoir identifier la douleur chez la personne pour dont ils s'occupent et qu'ils réalisent ceci en reconnaissant des déviations subtiles du comportement normal. Basé sur ces découvertes, on a proposé que l'évaluation efficace de la douleur auprès de cette population dépende des aidants qui ont une connaissance intime de l'état normal de l'individu dément.

Savoir par la perception intuitive

En plus de l'accentuation de l'importance de connaître la personne, Parke (1998) a identifié une deuxième façon de savoir, à savoir la connaissance par l'expérience ou le savoir par la perception intuitive.

Les infirmières dans l'étude ont semblé être efficaces à la détection de changements subtils de la douleur dans les personnes démentes, malgré l'incapacité de formuler clairement leurs perceptions. Parke a expliqué cette connaissance comme intuitive dans la nature, tirée de la gamme diverse des expériences cliniques de chaque infirmière auprès des personnes démentes ressentant de la douleur.

Enseignement et formation/entraînement

Beaucoup de barrières à l'évaluation des personnes âgées démentes peuvent être surmontées par l'introduction d'enseignement plus informatif. Une formation est nécessaire tant au sujet des manifestations de la douleur chez ces patients qu'au sujet du processus d'évaluation nécessaire à la détection de la douleur.

Les infirmières interviewées par Kovach et al. (2000) ont pu systématiquement associer la douleur insupportable avec des symptômes comportementaux comme la colère, retirer brusquement, des changements de la démarche, le cri, la confusion accrue et l'appétit diminué. Cependant, bien que ces infirmières aient une moyenne de 11 ans d'expérience avec des personnes démentes, qu'elles avaient reçu un vaste enseignement dans la gestion de la douleur seulement 1 an avant l'étude, qu'elles avaient présenté des procédures pour améliorer le soin des personnes avec de la douleur et qu'elles avaient été identifiées comme bien informées et expérimentées pour l'évaluation et le traitement de la douleur dans la démence de stade sévère, elles ont exprimé malgré tout un besoin de plus d'enseignement sur le processus d'évaluation de la douleur et sur les signes et symptômes de douleur chez les personnes démentes.

Outils adéquats

Il est évident, dans la littérature, que l'augmentation du succès des évaluations de la douleur chez les personnes âgées démentes dépend largement du développement et de la mise en œuvre d'un outil d'évaluation de la douleur adéquat pour cette population.

	<p>Les groupes de discussion conduits par Adams et d'autres. (1997) avec des infirmières de soin communautaires a suggéré que certains formats d'outil d'évaluation soient préférables à d'autres. 'Les cases à cocher' ont été unanimement démontré comme peu convenables pour l'évaluation de la douleur, avec un fort soutien pour les organigrammes incluant une flèche (continuum) dans le processus d'évaluation de douleur. L'évaluation en ligne de base a été vue comme importante pour les changements perçus et il a été supposé que, pour la continuité tant des soins que des informations, les évaluations devraient être conduites toujours par la même personne soignante dans la mesure du possible.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Il est important de réaffirmer que la revue n'est pas exhaustive. Il est donc probable qu'une revue systématique de la littérature rapporterait de nouvelles études et permettrait l'identification de barrières et des stratégies supplémentaires. Néanmoins, les stratégies que nous proposons peuvent servir pour la détection plus complète, opportune, précise et efficace de l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées avec des déficiences cognitives.</p> <p>Nous avons mis en évidence des barrières internationales à l'évaluation chez des personnes âgées avec une démence et les stratégies qui peuvent être employées pour surmonter de telles barrières, y compris la connaissance de la personne et de l'utilisation de la perception intuitive. Il semble logique que, pour pouvoir interpréter le comportement d'une personne comme indicatif de douleur, il est nécessaire d'être familier du comportement habituel de cette personne. Pour apprécier les divers types d'indices de douleur qui existent, il est nécessaire d'être exposés à une variété de personnes démentes qui éprouvent une douleur.</p> <p>Il pourrait être discuté que le système actuel est plus favorable au savoir par la diversité que par le savoir de la personne.</p> <p>Le nombre croissant de personnel provisoire employé dans les soins de la personne âgée signifie qu'il y a des occasions suffisantes pour que le personnel puisse acquérir de l'expérience en travaillant avec une vaste gamme de personnes, mais peu pour apprendre à bien connaître une personne au point de devenir familier de leurs habitudes et de leurs comportements. Une stabilité plus grande de la main-d'œuvre est donc exigée pour que le personnel puisse connaître et travailler systématiquement avec les mêmes personnes âgées.</p> <p>Une barrière importante à l'évaluation de la douleur chez des personnes âgées avec une démence est la</p>

croyance populaire erronée que les comportements ou les plaintes sont synonymes de besoins de santé mentale. Les conséquences de cette croyance sont sinistres. Beaucoup de personnes qui éprouvent une douleur sont malheureusement traitées avec des neuroleptiques plutôt que des analgésiques (ou par d'autres interventions de soulagement de la douleur). Il est impératif que cette attitude soit défiée tant aux niveaux des institutions que du personnel soignant.

Beaucoup d'infirmières conduisent déjà des évaluations de la douleur informelles et utilisent certains indices comportementaux identifiées ci-dessus. Il est aussi clair que la raison principale pour laquelle les outils d'évaluation ne sont pas régulièrement utilisés dans le cadre de la pratique standard, est que ces outils existants sont déficients.

L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes dépend de l'utilisation accrue d'outils d'évaluation de la douleur ; cependant, celle-ci elle-même dépend de l'existence d'un outil adéquat spécifiquement conçu pour évaluer la douleur chez cette population.

Le type d'outil conçu déterminera si une approche standardisée de l'évaluation de la douleur sera utilisée en pratique ou si une approche individualisée sera adaptée en fonction des circonstances et des besoins uniques de chaque personne.

- Une connaissance complète de la personne est un facteur majeur dans la détection de la douleur et la fabrication d'une évaluation de la douleur précise chez des personnes âgées démentes.
- Les indices de douleur sont individuellement définis ; les infirmières devraient utiliser des outils validés, mais individualiser l'approche d'évaluation.
- Les systèmes fournisseurs de soin devraient être structurés d'une façon qui permet au personnel soignant de rester avec les mêmes patients pendant une période de temps prolongée.
- Les changements subtils du comportement des personnes démentes qui éprouve de la douleur sont seulement détectables par les membres de personnel qui travaillent systématiquement avec cette même personne.
- La diversité des connaissances accumulée durant l'expérience clinique auprès des personnes démentes peut être utilisée pour mieux détecter et évaluer la douleur chez cette population.

<p>Perspective s/éléments pour la discussion</p>	<p>Implications pour pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'enseignement plus vaste et former sur le sujet de la relation entre la douleur et la démence sont un besoin urgent. - un outil d'évaluation de la douleur efficace devrait être spécifiquement développé pour détecter et mesurer la douleur chez les personnes âgées atteints par tous les stades de démence. <p>Ce que cette revue apporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des barrières concernant le personnel qui font obstacle à l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées démentes incluent : le manque de reconnaissance de douleur, le manque de formation/enseignement de base, le diagnostic manqué ou erroné et la non utilisation des outils d'évaluation. - des barrières liées aux personnes démentes incluent la preuve insuffisante de douleur, un possible ' aucune douleur ' chez les patients atteints de différents types de démence, le type de douleur et les attitudes stoïques comportementales. - des stratégies pour surmonter les barrières qui font obstacles à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes incluent la connaissance de la personne démente, la connaissance des perceptions (préjugés, habitudes) intuitives, la formation et l'entraînement à l'utilisation des outils adéquats.
<p>Questions générales</p> <p>Présentation</p>	<p>Pour réaliser le plus grand succès dans la détection et l'évaluation de la douleur chez des personnes âgées avec une démence, on recommande que les stratégies et les suggestions décrites dans cette revue soient adoptées.</p> <p>Présentation soignée et claire des éléments pertinents sélectionnés des articles servant d'analyse pour cette revue de littérature.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>Difficile de repérer les éléments repris des études choisies. Beaucoup d'éléments répétés et parfois manque de liens entre les paragraphes. Forme avec les items bien définis, références claires et complètes, tableau récapitulatif des articles sélectionnés clair et utile, tableau avec les niveaux de preuves expliqué dans le texte.</p>

Appendices F***Grille de lecture, approche mixte*****Article de Cocker et al., (2010)**

Aspects du rapport	Contenu de l'article Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes
Références complètes	Cocker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I., & Taniguchi, A. (2010). Nurse's perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. <i>Applied Nursing Research</i> , (23), 139–146.
Résumé	Les perceptions des infirmières et infirmiers de barrières qui empêchent une gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées sur les unités médicales aiguës et la mesure dans laquelle ils aperçurent qu'ils avaient adopté quatre pratiques fondées sur des données probantes relatives à l'évaluation et à la gestion des douleurs étaient souvent incompatibles avec la pratique réelle.
Introduction Enoncé du problème, et les thèmes abordés	Plus de 80% des personnes âgées ont des problèmes chroniques comme l'ostéoarthrite qui est typiquement associé à la douleur. Malgré cela, il n'y a pas de protocole ni de guidelines qui permettent d'améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes âgées. De ce fait, la douleur continue d'être gérée de manière inconsciente et inappropriée.
Recension des écrits	Il y a des conceptions au niveau de la douleur et de l'âge qui contribue aux croyances et qui influence l'évaluation et la gestion de la douleur. Ces croyances sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - La douleur est une partie normale lorsque l'on devient âgé - La sensibilité à la douleur diminue avec l'âge - Les patients atteints de démence ne ressentent pas de douleur - L'utilisation d'opiacées est dangereuse - Le fait de ne pas rapporter sa douleur signifie qu'il n'y a pas de douleur. Au niveau de la prévalence dans une étude réalisée montre qu'environ 70% des patients hospitalisés ne rapportent pas leur douleur, et une fois que la personne se plaint, il n'y a pas eu d'évaluation, ou la douleur n'a pas été assez bien traitée car l'infirmière n'est pas retournée voir son patient pour réévaluer sa douleur.

	<p>Il y a plusieurs barrières qui empêchent une bonne évaluation et la bonne gestion de la douleur qui sont regroupés en trois thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrières de la part des patients (peur de devenir addict, effets secondaire, croyances que la douleur est normale) - Les soignants : n'ont pas les connaissances adéquates, difficulté de communiquer avec le patient, attitudes des médecins et des autres infirmières au sujet de la douleur. - L'institution, le système de santé : difficulté à parler avec le médecin, l'accès limité à la pharmacie, manque de standardisation dans la gestion de la douleur.
Cadre théorique ou conceptuel, concepts	Barrières infirmières, gestion de la douleur, soins aigus
Question de recherche et aspects importants pour notre question de recherche	<p>Le but de la recherche est de définir les croyances sur la douleur dans les soins aigus qui entravent la bonne évaluation et la bonne gestion de la douleur auprès des personnes âgées.</p>
Méthodes	Une méthode à devis mixte, une exploration séquentielle a été utilisé dans cette étude.
Tradition et devis de recherche	
Population et contexte	Les infirmières dans les milieux aigus (N=36)
Collecte des	La collecte de données s'est fait auprès de 6 unités médicales différentes, et dans chaque service environ 6 à 8

données et mesures	infirmières ont été choisies.
Déroulement de l'étude	Au départ une approche qualitative afin de développer la liste des barrières des des facteurs facilitant la bonne évaluation et la bonne gestion de la douleur chez les personnes âgées dans les milieux aigus. Dans la première partie, ils ont essayé de faire un outil qui puisse relever quelles barrières entravent vraiment la bonne gestion de la douleur.
Rigueur	<i>Le comité d'éthique a été averti et a approuvé l'étude.</i>
Résultats Traitement des données	<p>Les résultats ont été traités grâce à la SPSS version 11.5.</p> <p>Les barrières les plus récurrentes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'évaluer la douleur chez les patients ayant des troubles cognitifs - Langage - Problèmes sensoriels - Patients qui reporte sa douleur auprès du médecin et non auprès de l'infirmière - Difficulté à remplir les formulaire d'évaluation de la douleur - Le fait de ne pas donner de ttt à cause des effets indésirables

Présentation des résultats

Table 2

Number (%) of nurses identifying each barrier as interfering frequently, very frequently, or always

		n	%
1	Difficulty assessing pain in older people due to problems with cognition (delirium, dementia, etc.)	76	66
2	Inadequate time to deliver nonpharmacological pain relief measures	63	55
3	Patients reporting their pain to the doctor, but not to the nurse	61	53
4	Difficulty assessing pain in older people due to language barriers	60	52
5	Difficulty assessing pain in older people due to sensory problems (hearing deficits, vision deficits, etc.)	55	48
6	Inadequate time for health teaching with older patients (e.g., prn drug order, alternatives, addiction, etc.)	55	48
7	Older patients' difficulty with completing pain scales (e.g., 0–10)	54	47
8	Older patients' reluctance to take pain medications because of side effects (e.g., constipation, how it makes them feel, etc.)	47	41
9	Unavailable comfort measures as alternatives/supplements to pain medications in older patients (e.g., hot–cold packs, mattresses, and chairs)	47	41
10	Disorganized system of care (e.g., having to hunt for narcotic keys, obtain cosignatures, find drugs, etc.)	46	40
11	Physicians' reluctance to prescribe adequate pain relief in older patients for fear of overmedicating those with dementia or delirium	43	37
12	Older patients' willingness to put up with chronic pain	42	36
13	Older patients not wanting to bother the nurses	41	36
14	Inconsistent practices around giving prn medications for an older patient (because the decision to administer pain medication is up to the assigned nurse and varies from one to another)	40	35
15	Not having a documented pain treatment plan for each older patient	39	34
16	Lack of opportunity to discuss an older patient's pain management directly with palliative care team	39	34
17	Difficulty assessing pain in older people due to alterations in mood (depression, etc.)	35	30
18	Not knowing older patients' pain levels due to inadequate time spent with them	35	30
19	Antipsychotics are considered before pain medications in agitated patients	35	30
20	Difficulty contacting or communicating with physicians to discuss treatment of pain in older patients	34	30
21	Difficulty contacting or communicating with physicians to discuss pain assessment findings in older patients	33	29
22	Not having a documented approach to pain assessment for each older patient	31	27
23	Physicians' lack of knowledge and experience with prescribing pain medications	29	25
24	Not knowing whether to believe the older patient's pain report or the family's perception of the person's pain instead	26	23
25	Older patients denying their disease process by denying pain	24	21
26	Lack of opportunity to consult with clinical pharmacist about pain relief in older patients	24	21
27	Older patients' reluctance to take pain medication for fear of addiction	23	20
28	Not having a consistent way of assessing pain, from one time to the next, in each older patient	23	20
29	Concentrating on administering regularly scheduled medications and not checking for and offering prn pain relief unless the patient requests it	22	19
30	Difficulty believing pain reports by older patients because they are inconsistent from one time to the next and do not match their nonverbal behavior	21	18
31	The tendency to document only if pain relief is not achieved or if the patient refuses pain medication	20	17
32	Not having policies/procedures/guidelines that contribute to my knowledge of acceptable best practices around pain assessment and management in older adults	18	16
33	Not knowing how much pain is acceptable to each older patient (e.g., pain tolerance and discomfort level)	17	15
34	Lack of clinical confidence in assessing a variety of types of pain in older patients	14	12
35	Not expecting pain in older patients on our unit unless the diagnosis provides a clue to pain as a potential symptom	13	11
36	Not having a consistent way of receiving tips from nurses on previous shifts about pain assessment and management strategies for each of my older patients	12	10
37	Physicians' lack of trust in the nursing assessment of pain in older patients	12	10
38	Uncertainty about how to best time the administration of prn pain medications when ordered along with scheduled pain medications in older patients	11	10
39	The "older person is dying anyway" attitude among colleagues on the unit	4	3
40	My own reluctance to give pain medication to older patients for fear of overmedicating	1	1

Appendices G

Grille de lecture, approche qualitative

Article de Rupp Wysong P., (2014)

Aspects du rapport	Contenu de l'article Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes
Références complètes	<p>Rupp Wysong P., (2014). Nurses' beliefs and self-reported practices related to pain assessment in nonverbal patients. <i>Pain management nursing</i>, 15(1),176-185.</p> <p>Article retenu le 25.02.16, analysé le 25.03.2016</p>
Résumé	<p>Cette étude a exploré les croyances et les pratiques des infirmières liées à l'évaluation de la douleur chez des patients non communicants verbalement. Un échantillon de 74 infirmières d'un hôpital communal du Middle West a répondu à un questionnaire de recherche basé sur des standards de douleur établis et sur des recommandations de pratique cliniques.</p>
Introduction Enoncé du problème, et les thèmes abordés,	<p>La gestion de la douleur commence par une évaluation précise et minutieuse du patient basé sur la connaissance des principes d'évaluation de la douleur et des protocoles de l'infirmière.</p> <p>L'auto-évaluation de la douleur est le premier pas dans l'évaluation de la douleur auprès de n'importe quel patient. Quand les patients ne peuvent pas verbaliser la présence de leur douleur, des difficultés à évaluer la douleur peuvent être rencontrés et, de ce fait, d'autres méthodes doivent être utilisées pour valider la présence de douleur.</p> <p>L'observation des comportements du patient est une approche valable dans l'évaluation de la douleur auprès du patient non communicant verbalement. Pour constater la présence ou l'absence de douleur, on utilise les outils d'évaluation comportementaux de la douleur (l'évaluation de l'expressions du visage, des mouvements de corps, de la tension musculaire et des gémissements/cris).</p>
Recension des écrits	Diverses études citées dans le chapitre discussion.
Cadre théorique ou conceptuel,	Douleur, communication

concepts	
Question de recherche et aspects importants pour notre question de recherche	<p>1. Comment les croyances des infirmières et leurs pratiques sont-elles un obstacle à l'évaluation de la douleur chez des patients non communicant verbalement ?</p> <p>2. Y a-t-il des différences significatives entre les croyances et les pratiques basées sur l'âge, la formation, les années d'expérience dans les soins, ou l'unité de pratique actuelle de l'infirmière ?</p> <p>3. Y a-t-il des différences significatives entre les croyances concernant l'évaluation de la douleur et les pratiques d'auto-évaluation de la douleur ?</p> <p>4. Y a-t-il une corrélation significative entre les croyances spécifiques sur l'évaluation de la douleur et les pratiques d'évaluation de la douleur correspondantes ?</p> <p>Cette revue permet de répondre à notre problématique concernant les barrières à l'évaluation de la douleur d'un point de vue infirmier. Cet article alimente donc les barrières à l'évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de démence à un stade avancé et non communicantes verbalement. Les infirmières peuvent être la cause de ces barrières à l'évaluation de la douleur en raison de leurs croyances, leurs formations ou leurs pratiques.</p>
Méthodes	Un design de recherche descriptif a été utilisé pour cette étude.
Tradition et devis de recherche	Un format d'enquête a été utilisé pour mettre en évidence les croyances des infirmières et les pratiques qu'elles auto-reportaient en lien avec l'évaluation de la douleur chez les patients non communicants.
Population et contexte	<p>Un échantillon d'infirmières s'occupant de patients adultes dans l'hôpital du Midwest (123 lits) a été examiné par un questionnaire d'étude, aboutissant à un échantillon de 74 infirmières de neuf unités de soins, qui ont été combinées dans quatre domaines de pratique.</p> <p>Les quatre domaines de pratique ont été définis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les infirmières travaillant dans des unités de soin comme l'oncologie, la chirurgie, la médecine. 2. Les unités de soins critiques, comme les soins intensifs, les unités de soin continu, les urgences et la salle de

	<p>réveil (rétablissement post-anesthésie)</p> <p>3. Les domaines chirurgicales et ambulatoires, y compris le laboratoire gastro-intestinal, le laboratoire cardiovasculaire et la salle d'opération.</p> <p>4. Les services de soins à domicile et les homes.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Le questionnaire de recherche avec l'explication écrite attachée de l'étude et l'enveloppe réponse a été placé dans des boîtes aux lettres individuelles des infirmières de l'hôpital où la recherche a été conduite. Les participantes ont rendu les questionnaires complétés dans des enveloppes scellées au chercheur par le courrier interne.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les questions ont été formulées tant de façon positive que de façon négative afin de réduire les biais potentiels de réponse. Le questionnaire a consisté en trois parties. La première partie était un formulaire de données démographique brève pour obtenir l'âge, le plus haut le niveau de formation infirmière, les années d'expérience et l'unité de soin (tableau 1). La partie 2 du questionnaire (tableau 2) a demandé aux infirmières de noter(évaluer) leur mesure de consentement/d'accord sur des déclarations liées aux obstacles à l'évaluation de la douleur sur une échelle de 1 à 5 (1 Ne sont pas fortement d'accord.... 5 Sont fortement d'accord). La partie 3 du questionnaire (sur les pratiques cliniques) est représentée dans le tableau 3.</p>
Rigueur	<p>Le questionnaire a été développé par le chercheur et basé sur les principes généraux admis sur la gestion de la douleur (Pasero et McCaffery, 2011). Il est aussi basé sur la déclaration de la Société américaine pour la gestion de la douleur en soins infirmiers, concernant la position et les recommandations de pratique cliniques pour l'évaluation de la douleur chez le patient non communicant.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Echantillon</p> <p>74 infirmières (le taux de réponse de 38 %) ont complété et ont rendu le questionnaire. Dans l'échantillon, 52 % des infirmières de l'étude avaient obtenu des diplômes de licence, 38 % avaient gagné des DEUG et 8 % avaient le diplôme avancé. Une infirmière avait obtenu un master. Le plus grand pourcentage d'infirmières (32 %) avait plus de 20 ans d'expérience. 28 % d'infirmières avaient 5 ans d'expérience, 26 % avaient 10-20 ans d'expérience et 14 % avaient 5-9 ans d'expérience (tableau 1).</p>

Présentation des résultats	<p>Croyances</p> <p>La table 2 récapitule les résultats pour la partie 2 (les croyances) du questionnaire, y compris les moyennes et les écarts-types.</p> <p>Concernant la gamme de question individuelle, la moyenne était de 2.23 à 4.63, avec un score moyen total de 4.26 (SD 0.35) pour la première section liée à l'évaluation générale de la douleur et un score moyen de 3.63 (SD 0.32) pour la deuxième partie liée à l'évaluation de la douleur reporté de façon non verbale.</p> <p>Il n'y avait aucune différence significative sur les croyances pour l'évaluation générale de la douleur ou l'évaluation de la douleur non verbale basée sur l'âge, la formation, ou les années d'expérience.</p> <p>Des différences significatives étaient, cependant, présentes en majorité pour les croyances de la douleur générale basées sur l'unité.</p> <p>Des services médicaux à domicile / des infirmières d'EMS ont marqué des points significativement plus haut (pour signifier 4.60, l'intervalle de confiance de 95 % [CI] que l'une ou l'autres infirmières médicales/chirurgicales ou infirmières de soins intensifs.</p> <p>Pratiques</p> <p>Les résultats pour la partie 3 du questionnaire (sur les pratiques) dans le tableau 3. L'instrument le score moyen était de .01 (SD 0.60). Il n'y avait aucune différence significative dans la moyenne pour les pratiques basées sur l'âge de l'infirmière, sa formation, ses années d'expérience, ou l'unité de soin où elle exerce.</p> <p>Différences entre les croyances et les pratiques</p> <p>Aucune différence significative (tableau 4) a été trouvée entre les croyances et les pratiques liées à l'évaluation de la douleur. Une différence significative a été révélée par le t test si l'on divisait les croyances générales sur la douleur et les croyances de douleur non-exprimées verbalement. Une différence significative a aussi été révélée entre les croyances sur la douleur non-exprimée verbalement et les pratiques liées.</p> <p>Corrélation entre croyances et pratiques</p>
----------------------------	--

	<p>Quand les questions dans la deuxième partie du questionnaire reliée aux croyances ont été comparées avec les questions correspondantes à la partie trois du questionnaire liée aux pratiques auto-reportées, une corrélation significative (Pearson test) était présente sur trois des sept comparaisons (tableau 5).</p> <p>Une corrélation modérée et statistiquement significative existe entre les croyances des infirmières qui considèrent les changements dans les signes vitaux comme un des meilleurs indicateurs de douleur chez les patients non communicants et la fréquence avec laquelle les infirmières comptent sur ces changements des signes vitaux pour identifier la douleur chez les patients non communicants.</p> <p>Une corrélation modérée et statistiquement significative a aussi été trouvée entre les croyances des infirmières qui pensent que les conditions de la pathologie et les procédures connues provoquant des douleurs devraient déclencher une intervention et la fréquence à laquelle les infirmières donnent les médicaments contre la douleur de manière routinière avant même de connaître les procédures qui causent la douleur.</p> <p>Une plus faible corrélation quoique toujours significative était révélée entre la croyance que des informations crédibles quant à la présence de douleur chez un patient peut être obtenue auprès des membres de la famille et la fréquence avec laquelle les infirmières demandent aux membres de la famille leurs avis pour identifier les changements de comportement du patient qui peut indiquer la douleur.</p> <p>Plusieurs domaines n'ont démontré aucune corrélation significative entre croyances et pratiques.</p> <p>Et finalement, l'état actuel sur la croyance que la douleur devrait être par habitude contrôlée, évaluée, réévaluée et documentée n'a montré aucune corrélation significative avec la fréquence des pratiques habituelles d'auto-évaluation de la douleur chez tous les patients.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>De plus, on a demandé aux infirmières de rapporter la fréquence de mise en œuvre de ces standards d'évaluation de douleur dans leurs pratiques.</p> <p>Cette approche a fourni des aperçus sur ce que les infirmières croient de l'évaluation de douleur et comment elles exécutent fréquemment ces croyances en pratique.</p> <p>Les données ont révélé que les infirmières dans cette étude ont manifesté un haut niveau de croyance/conviction</p>

dans les normes d'évaluation générale de la douleur (4. 26 sur une échelle entre 1 et 5).

Le score moyen de 4. 01 pour les pratiques indique que les infirmières de cette étude sont fréquemment, bien que pas toujours, conformes aux normes de la douleur dans l'exercice de leur pratique. Bien qu'aucune différence significative ait été trouvée entre les croyances et les pratiques, il est intéressant que les deux sous-ensembles de convictions ont montré une différence significative des scores de pratique.

Le plus haut score moyen pour les croyances sur la notion de douleur générale (4. 26) par rapport aux pratiques (4. 01) a suggéré que les croyances ne peuvent pas être transférées dans les pratiques.

Bien que la majorité des réponses des infirmières a démontré une croyance dans la plupart des principes bien établis de l'évaluation de douleur, plusieurs items du questionnaire ont mis en reflet que les recommandations de pratique clinique n'étaient pas acceptées par une portion significative des participantes à l'étude, comme démontré par les scores moyens relativement bas sur ces items. Moins de la moitié (47 %) des infirmières a répondu par un désaccord à la fausse déclaration, "La plainte de douleur du patient et les observations de personnes externes concernant la sévérité de la douleur sont généralement importants. "

Herr et autres (2006) recommande la minimisation de l'utilisation des signes vitaux comme une indication de douleur, encore 72 % d'infirmières étaient d'accord fortement ou ont approuvé la fausse déclaration, « Les changements dans la fréquence cardiaque, la tension et la fréquence respiratoire sont un des meilleurs indicateurs de douleur chez le patient non communicant verbalement. »

Les recommandations de pratique cliniques pour l'évaluation de la douleur chez le patient non communicant verbalement (Herr et autres, 2006) déclare que les renseignements crédibles quant à la présence de douleur chez un patient non communicant verbalement peut être obtenu auprès des membres de la famille qui connaissent bien le patient, encore plus qu'un tiers (39 %) des infirmières ont indiqué qu'elles n'approuvent pas cette déclaration ou étaient neutres.

La majorité des répondantes n'était pas d'accord avec les déclarations actuelles rattachées à donner une plus forte dose d'opioïde si la douleur et les comportements ne s'améliorent pas après l'administration d'une dose unique (46 % étaient d'accord) et à continuer à titrer la dose d'opioïde vers le haut si plusieurs doses de l'opioïde n'améliore

pas les comportements de douleur (48 % dans l'accord).

Ces déclarations sont aussi issues des recommandations de pratique clinique (Herr et autres, 2006).

Dans cette étude, les pratiques infirmières d'auto-évaluation de la douleur révèlent que la majorité des répondantes a signalé qu'elles évaluent la douleur fréquemment ou toujours chez tous les patients et réexaminent après que la médication antalgique a été donnée (comme il est prévu dans les documents d'évaluations de douleur). En plus, les répondantes ont dit que la première voie pour essayer d'évaluer la douleur était d'obtenir une auto-évaluation de tous les patients. La majorité des infirmières a indiqué qu'elles essaient un traitement antalgique si les conditions ou les procédures sont connues comme provoquant de la douleur.

Ces réponses indiquent que la pratique réelle des infirmières concernant l'évaluation de la douleur congruent avec les directives institutionnelles en vigueur dans les régions de pratique.

La majorité des infirmières (52 %) a indiqué qu'elles utilisent toujours ou fréquemment les changements dans les signes vitaux pour identifier la douleur chez les patients non communiquant verbalement. Bien que 71 % des infirmières ont indiqué qu'elles donnent toujours ou fréquemment la médication contre la douleur avant les procédures connues comme provoquant de la douleur. Plus qu'un quart (29 %) d'infirmières a annoncé jamais, ou rarement, donner une médication contre la douleur avant les procédures pénibles, suggérant qu'un nombre significatif de patient ne peut pas être convenablement traiter avant les procédures pénibles et douloureuses.

Plus qu'un quart (27 %) ont aussi indiqué qu'elles demandent quelquefois ou rarement aux membres de la famille d'identifier les changements dans le comportement du patient qui peuvent indiquer la douleur. Une minorité des répondantes (37 %) a dit qu'elles ont continué toujours ou fréquemment à administrer de plus grandes doses d'un opioïde si la dose ordinaire n'améliore pas les comportements de douleur, ce qui est une recommandation de pratique clinique.

La seule variable démographique affectant de façon significative les scores de croyance était l'unité de travail. L'âge, les années d'expérience et la formation n'ont fait aucune différence dans les scores de croyances. Ces conclusions sont congruentes avec une première étude (Puls-McColl, Holden, & Buschmann, 2001) qui s'est entendu à la connaissance des normes d'évaluation de la douleur en général.

	<p>Al-Shaer et autres (2011) n'a pas trouvé de différences significatives dans l'évaluation de la douleur générale en ce qui concerne la catégorie d'âge et les années d'expérience. Il a dit que l'unité de travail affecte le score de façon significative.</p> <p>Les infirmières travaillant dans les soins infirmiers à domicile / EMS a un score significativement plus haut concernant les croyances par rapport aux infirmiers qui exercent dans d'autres domaines de soins. Ces résultats peuvent être compris en raison de l'accentuation sur l'évaluation de la douleur et la façon de travailler dans les soins à domicile / en EMS, particulièrement dans les soins palliatifs et la population des EMS. Une autre explication possible est la nature des soins individualisés dans les soins à domicile/EMS, où les infirmières ne sont pas en constante présence avec le patient. Elles comptent sur l'établissement d'une relation étroite avec le patient et sa famille et sur des fortes capacités d'écoute pour répondre aux besoins du patient. Il s'agit aussi de savoir répondre aux besoins que le patient rencontre lorsque l'infirmière n'est pas présente.</p> <p>Il est intéressant de noter que l'unité de travail affecte les croyances mais n'affecte pas les pratiques. Les connaissances et le transfert de croyances dans la pratique exige des processus supplémentaires, tel que des facteurs interpersonnels et d'organisation.</p> <p>Les directives de pratique clinique recommandent de minimiser l'accentuation des indicateurs physiologiques pour évaluer la douleur (Herr et autres, 2006). Bien que la douleur aiguë soit souvent accompagnée par des réponses du système nerveux (qui peuvent mener à l'augmentation significative de la fréquence cardiaque, la tension et la fréquence respiratoire (Dunwoody, 2008)), ces changements dans les signes vitaux ne sont pas significatifs pour la douleur émanant d'autres sources de détresse. En plus, l'absence de variations de la fréquence cardiaque et de la tension n'indiquent pas l'absence de douleur (Herr et autres, 2006). Les patients avec une douleur sévère peuvent avoir, en fait, une tension et une fréquence cardiaque plus basse (Pasero, 2009).</p>
<p>Perspective s/ éléments pour la discussion</p>	<p>Les résultats de cette étude suggèrent un niveau de perspicacité dans les croyances des infirmières et des pratiques portant sur l'évaluation de la douleur. Bien que le questionnaire ait été basé sur des directives établies en évaluation de la douleur, les questions n'étaient pas posées dans un format correct avec une réponse pour tester la connaissance sur les standards d'évaluation de la douleur. Au lieu de cela, le questionnaire d'étude et sa conception ont suscité une mise à jour des informations des croyances des infirmières en leur demandant d'évaluer leur niveau</p>

d'accord avec des déclarations basées sur la connaissance de l'évaluation de douleur.

Restrictions de l'étude

L'échantillon d'un hôpital du Middle West limite la généralisation des résultats de cette présente étude.

En plus, l'intégrité de l'instrument a été évalué avec seulement un échantillon de 74 infirmières. Bien que l'analyse de pouvoir ait manifesté que l'étude est suffisamment correcte pour démontrer un indice de confiance dans la majorité des résultats, un plus grand échantillon aurait renforcé la fiabilité de l'indice de confiance de plusieurs résultats.

Recommandations

La formation pour les infirmières concernant l'évaluation de la douleur chez les patients non communicant verbalement doit être une priorité comme premier pas dans les pratiques changeantes. La formation adéquate a montré que l'entraînement dans l'évaluation de la douleur est un des facteurs principal menant aux améliorations significatives dans la connaissance et les attitudes rattachées à la douleur (Klassen, Liu, & Warren, 2009), aussi bien que la motivation des infirmiers pour recommander le soulagement de la douleur approprié pour leur patients (Blondal & Halldorsdottir, 2009).

En plus, on recommande l'utilisation des outils d'évaluation comportementale de la douleur auprès du patient non communicant verbalement dans les unités qui soignent ce type de patient. L'utilisation de tels outils a montré qu'ils augmentent la connaissance des infirmières sur les signes de douleur des patients (McLiesh, Mungall, & Wiechula, 2009).

Finalement, des efforts devraient être institués dans les structures culturelles et dans leur organisation pour aider à l'assimilation des connaissances dans l'évaluation de la douleur chez les patients non communicants verbalement dans les croyances personnelles des infirmières, les systèmes de santé et les pratiques.

Conclusion

Les conclusions de cette étude ont indiqué que bien que les croyances des infirmières et les pratiques sont généralement congruentes avec les directives de pratique cliniques concernant l'évaluation de la douleur auprès des

	patients non communicants, des pistes pour l'amélioration existent.
Questions générales Présentation	Présentation claire mais les informations sont denses et parfois difficiles à assimiler. Les tableaux de statistiques présentent les résultats de manière correcte mais encore une fois la compréhension est laborieuse. Il faut reprendre plusieurs fois le chapitre résultats pour bien intégrer les éléments des tableaux. Les calculs pour les statistiques ainsi que l'intégration des résultats dans le texte rendent la lecture des chapitres des résultats et la discussion moins fluide.
Evaluation globale	Article pertinent qui reprend notre question de recherche et mettant l'accent sur le côté infirmier, selon l'étude menée auprès de la population infirmière.

Appendices H

Grille de lecture, approche qualitative

Article de Teike Lüthi, F., Gueniat, C., Nicolas, P., & Ramelet, A.-S. (2015).

Aspects du rapport	Contenu de l'article Article en français
Références complètes	Teike Lüthi, F., Gueniat, C., Nicolas, P., & Ramelet, A.-S. (2015). Les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières : étude descriptive au sein d'un hôpital universitaire suisse. <i>Douleur et Analgésie.</i> , (28), 93–99.
Résumé	Les infirmières ont un rôle essentiel dans la prise en charge de la douleur. Elles sont cependant confrontées à trois types d'obstacles : ceux liés au patient, au système et aux soignants. Cette recherche descriptive transversale vise à identifier les obstacles à une gestion optimale de la douleur des patients hospitalisés en milieu hospitalier aigu. Soixante- dix infirmières de quatre services d'un centre hospitalier universitaire de Suisse romande ont répondu à un questionnaire (taux de participation : 65,4 %). Les résultats montrent que 24 obstacles interfèrent dans la gestion de la douleur confirmant la complexité des enjeux du processus d'évaluation et de soulagement de la douleur.
Introduction Enoncé du problème, et les thèmes abordés	Malgré les avancées scientifiques dans le domaine de la douleur, celle-ci reste encore sous-traitée avec des taux de prévalence allant jusqu'à plus de 80 % en médecine et en chirurgie, voire 90 % chez les patients atteints d'un cancer. Notons également que 43 à 51 % des patients reçoivent un traitement antalgique inadéquat ou inférieur à celui qui est prescrit et que seuls 14 % des patients ayant reçu une antalgie bénéficient d'une réévaluation. La gestion de la douleur est influencée par différents obstacles.
Recension des écrits	En 1994, l'Agency for Health Care Policy and Research a classifié les obstacles à la gestion de la douleur en trois catégories : ceux liés au patient, aux soignants et au système.
Cadre théorique ou conceptuel, concepts	Le cadre théorique The Communication Model of Pain de Schiavenato et Craig [9] a été retenu pour l'exploration et la compréhension de la problématique étudiée. Il permet une meilleure compréhension de la complexité qu'est la gestion de la douleur.

Question de recherche et importance pour notre question de recherche	Cette étude a pour but d'identifier les obstacles à la gestion de la douleur des patients hospitalisés en milieu de soins aigus perçus par les infirmières.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée dans quatre services de soins aigus (médecine et chirurgie) d'un centre hospitalier universitaire (CHU) de Suisse romande.
Population et contexte	<p>L'échantillon de convenance était constitué d'infirmières et d'infirmières-assistantes.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : être active dans les soins aux patients, avoir terminé le temps d'intégration de trois mois, parler et lire le français.</p> <p>Le seul critère d'exclusion était de faire partie du pool de remplacement de l'institution.</p> <p>Cent sept infirmières répondaient aux critères d'inclusion.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Le questionnaire Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices Tool (NPOP) a été retenu en raison du large champ d'investigation offert par ses 40 énoncés traitant des trois catégories d'obstacles présentés précédemment.</p> <p>L'évaluation est réalisée sur une échelle de Likert en sept points mesurant l'interférence de l'obstacle avec la gestion de la douleur : 1 = n'interfère jamais, 7 = interfère toujours. La réponse « ne s'applique pas » = 0 a été ajoutée au questionnaire initial. Le NPOP a bénéficié d'une traduction et d'une adaptation culturelle selon une méthode standard, puis a été soumis à un pré- test auprès de 11 infirmières ne participant pas à l'étude.</p>

Déroulement de l'étude	En préambule à ce questionnaire, les infirmières ont complété des données démographiques. Après des séances d'information, les questionnaires ont été soumis par voie informatique anonymisée. Deux messages de relance automatique ont été envoyés aux jours 14 et 26. Le retour du questionnaire a été considéré comme consentement à participer à la recherche. Cette étude a été approuvée par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain.
Rigueur	La fidélité et la validité de la version française du NPOP ont été démontrées avec un ρ de Spearman allant de 0,34 à 0,79, sauf pour l'énoncé 40 ($\rho = 0,14$; $p > 0,05$) et une cohérence interne pour l'ensemble du questionnaire de 0,92.
Résultats Traitement des données	<p>À l'aide du programme STATA[®] 12, des statistiques descriptives ont été utilisées pour traiter les données. À travers une distribution de fréquence, les obstacles ont été classés par rangs de celui qui interfère le plus à celui qui interfère le moins. Les 24 premiers énoncés sont mis en évidence : ils représentent 80 % des obstacles perçus par les infirmières. Les variables ont ensuite été dichotomisées en obstacles n'interférant pas avec la gestion de la douleur (entre 1 et 4), et interférant avec la gestion de la douleur (entre 5 et 7). Un test Anova de mesures répétées a été établi sur le score moyen des obstacles afin de confirmer ou non l'hypothèse nulle d'égalité entre les trois dimensions. Enfin, des comparaisons entre les variables démographiques de l'échantillon et les obstacles perçus ont été réalisées afin d'identifier si certaines caractéristiques génèrent des valeurs plus grandes que d'autres.</p> <p>La collecte des données a eu lieu du 31 octobre au 5 décembre 2012. Soixante-dix infirmières sur les 107 qui remplissaient les critères d'éligibilité ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 65,4 %). Les principales caractéristiques des infirmières ayant pris part à cette étude sont présentées dans le Tableau 1.</p> <p>Les 40 obstacles ont été ordonnés en fonction du nombre d'infirmières les ayant identifiés comme interférant avec la gestion optimale de la douleur. Seuls les 24 premiers obstacles sont présentés, vu qu'ils totalisent 81,2 % des obstacles à la gestion de la douleur. Les 12 premières questions, totalisant 52,9 % des obstacles totaux, ont été retenues comme nécessitant des actions prioritaires.</p> <p>Les deux premiers obstacles ont été relevés par plus de la moitié des participants, respectivement 65,7 et 54,2 %. Les deux suivants le sont encore par plus de 30 % des infirmières. Entre 21,4 et 28,5 % des personnes interrogées</p>

	nomment les 12 obstacles suivants (5 à 16) comme interférant dans leur pratique. Les obstacles arrivant entre la 17 ^e et la 24 ^e position ont été identifiés comme interférant dans la gestion de la douleur dans 18,4 à 14,49 % des cas.
--	---

Présentation
des résultats

Tableau 2 Obstacles interférant avec la gestion de l'antalgie.			
n = 70			
Rang	Obstacle (énoncé du NPOP)	Dimension	n (%)
1	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles cognitifs	Infirmière	46 (65,71)
2	La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur	Patient	38 (54,29)
3	Le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur	Système	29 (41,43)
4	La réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant	Patient	22 (31,43)
5	La volonté des patients à tolérer la douleur chronique	Patient	20 (28,57) ^a
5	Les patients ne voulant pas déranger les infirmières	Patient	20 (28,57) ^a
5	La réticence des médecins à prescrire un traitement adéquat pour soulager la douleur par peur de surdoser les patients atteints de démence ou de délirium	Système	20 (28,99) ^a
8	La difficulté de croire la douleur rapportée par les patients parce qu'ils sont incohérents d'une fois à l'autre, et que leurs propos ne correspondent pas à leur comportement non verbal	Patient	19 (27,14)
9	La réticence des patients à prendre des antalgiques à cause des effets secondaires	Patient	18 (25,71)
10	Ne pas savoir à combien la douleur est acceptable pour chaque patient	Infirmière	17 (24,29)
10	Ne pas connaître l'intensité de la douleur des patients à cause du manque de temps passé avec eux	Système	17 (24,29)
12	Les pratiques incohérentes autour des doses de réserve pour un patient	Infirmière	16 (23,19) ^a
12	La tendance à documenter seulement si le soulagement de la douleur n'est pas atteint ou si le patient refuse ses antalgiques	Infirmière	16 (22,86) ^a
14	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause de la barrière de la langue	Patient	15 (21,43)
14	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles de l'humeur	Infirmière	15 (21,43)
14	Le manque de temps pour l'enseignement thérapeutique des patients	Système	15 (21,43)
17	Les antipsychotiques sont envisagés avant les antalgiques chez les patients agités	Infirmière	13 (18,57)
18	Les patients rapportant leur douleur au médecin, mais pas à l'infirmière	Patient	12 (17,14)
18	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause de problèmes sensoriels	Patient	12 (17,14)
20	Le manque de connaissance et d'expérience des médecins dans la prescription d'antalgiques	Système	11 (15,71) ^a
20	Évaluer la douleur de manière variable d'une fois à l'autre chez un même patient	Infirmière	11 (15,71) ^a
20	Être concentré sur l'administration de la médication prescrite d'office et ne pas vérifier ni proposer d'antalgique en réserve tant que le patient n'en demande pas	Infirmière	11 (15,94) ^a
23	La difficulté à contacter ou à communiquer avec les médecins pour discuter des traitements de la douleur des patients	Système	10 (14,29) ^a
24	La difficulté à contacter ou à communiquer avec les médecins pour parler des résultats des évaluations de la douleur des patients	Système	10 (14,49) ^a

^a Malgré un n similaire, le pourcentage varie, car il est calculé sur la base du nombre total de répondants à la question, celui-ci changeant en fonction des données « non applicables »..

<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur relevée par 54 % des infirmières peut être influencée par des troubles cognitifs ou sensoriels, par le fait de parler une langue étrangère, mais aussi par une utilisation inappropriée des échelles à disposition. La méconnaissance des infirmières concernant les échelles les plus adaptées, leur sous-utilisation, le manque de temps passé auprès du patient pour connaître l'intensité de sa douleur ou pour réaliser de l'éducation thérapeutique peuvent être une cause de cet obstacle.</p> <p>La volonté des patients de ne pas déranger les infirmières et de tolérer les douleurs s'inscrit dans leur vécu historique et personnel. Ce stoïcisme est aussi influencé par le contexte et l'attitude des infirmières plus ou moins réceptives à leur plainte. La difficulté de l'infirmière à croire la douleur rapportée par les patients illustre les difficultés à obtenir un consensus entre l'expression de la plainte et le processus d'évaluation et d'analyse de celle-ci.</p> <p>La difficulté à évaluer la douleur chez les patients présentant des troubles cognitifs est l'obstacle le plus fréquemment identifié (65,7 %). L'évaluation de la douleur chez la personne âgée est rendue complexe par les nombreuses comorbidités et les troubles sensoriels concomitants. Elle l'est plus encore dans la population atteinte de démence. L'évaluation doit alors être plus fréquente et réalisée sur la base d'outils adaptés soigneusement sélectionnés, ce qui nécessite plus de temps</p> <p>Les obstacles suivants touchent essentiellement aux connaissances et attitudes des infirmières. Ils concernent tout d'abord l'évaluation, puis ce sont les connaissances pharmacologiques qui sont impliquées. La problématique de l'utilisation de réserves pour la gestion de l'antalgie mérite d'être soulevée. Ce mode de prescription est justifié pour favoriser une certaine flexibilité infirmière dans la gestion de la douleur. Il semble cependant que cette manière de gérer l'antalgie participe au sous-traitement des patients.</p>
<p>Perspective s/éléments pour la discussion</p>	<p>Cette étude invite les infirmières à dépasser l'évaluation quantitative de ce symptôme pour un décodage plus précis du vécu du patient. Pour ce faire, la création d'une boîte à outils contenant les instruments d'évaluation les plus adaptés à la population spécifique des services concernés est à encourager. Les obstacles liés au patient doivent absolument être identifiés et faire l'objet d'éducation thérapeutique précoce afin de renforcer l'empowerment des patients. Les institutions peuvent intensifier certaines actions telles que : développer des postes d'infirmières référentes douleur au sein des services, optimiser l'application des lignes directrices, créer des postes d'infirmières</p>

	pratiquant des approches de soins complémentaires et développer du matériel formatif pour les patients.
Questions générales Présentation	<p>La gestion de la douleur est un processus qui subit de multiples influences. Les résultats de cette étude établissent que 24 obstacles interfèrent dans la gestion de la douleur. La majorité des obstacles qui interfèrent le plus concernent ceux qui sont liés au patient, ce qui confirme que la transaction patient–infirmière dans le processus d'évaluation est déterminante. Si les obstacles en lien avec l'infirmière sont perçus comme moins problématiques, ils démontrent malgré tout un manque de connaissances et représentent, de ce fait, un défi que l'institution et les centres de formation de base et post- graduée doivent pouvoir relever de manière créative.</p> <p>Enfin, une prochaine étape cruciale pour l'amélioration de la gestion de la douleur au sein des institutions serait de faire de la douleur un résultat de santé sensible aux soins infirmiers (nurse sensitive outcome).</p>
Evaluation globale	<p>Le choix du devis descriptif transversal est cohérent avec le but de la recherche. Il permet de décrire le phénomène d'intérêt et d'examiner des relations entre certaines variables. Cependant, ce devis ne permet pas d'établir une causalité, ni de généraliser les résultats, ce qui fragilise sa validité externe.</p> <p>Un biais lié à l'utilisation d'un questionnaire auto-administré comme seule méthode de recueil de données peut être signalé, car il ne permet d'obtenir qu'une seule perception de la réalité. Vu la complexité du phénomène de la douleur, croiser cette perception à une observation sur le terrain ou à des entretiens approfondis sur les thèmes émergents ou sous-identifiés pourrait enrichir la compréhension.</p> <p>La taille de l'échantillon (n = 70) est proche de la taille estimée. Elle est adaptée au devis descriptif et permet la réalisation de tests statistiques standard. L'échantillon non probabiliste de convenance génère par contre un biais de sélection. Seules les infirmières les plus intéressées à la gestion de la douleur ont probablement répondu, ce qui ne rend pas l'échantillon tout à fait représentatif.</p>

Appendices I

Grille de lecture, approche quantitative

Article de Sandgathe Husebo B., et al., (2008).

Aspects du rapport	<p align="center">Contenu de l'article</p> <p align="center">Traduction libre par Valérie Carraux et Mariline Ramos Lopes</p>
<p>Références complètes</p>	<p>Sandgate Husebo B., , Inger Strand I., , Moe-Nilssen R., , BorgeHusebo S., Aarsland D., and Ljunggren A.,. <i>Who Suffers Most ? Dementia and Pain in Nursing Home Patients : A Cross-sectional Study.</i></p> <p>Article in Journal of the American Medical Directors Association, July 2008</p> <p>Impact Factor : 4.94 · DOI : 10.1016/j.jamda.2008.03.001</p>
<p>Résumé</p>	<p>Les patients avec une démence sévère n'éprouvent pas moins d'intensité de douleur (P =.079), n'ont pas moins de nombres de diagnostics de douleur (P=.172) et ont de la peine à citer les zones de douleur (P=.202) comparé à d'autres stades de démence. Des patients sévèrement déments recevant des opiacés ont démontré une intensité de douleur plus forte (signifie 4.4, SD 1.7) que des patients non déments (signifie 2.9, SD 1.8) et ont reçu moins de traitement contre la douleur (P=.018). L'intensité de douleur n'a pas différé entre les groupes diagnostiques de démence (P=.439). Les patients avec la démence mixte recevant des opiacés avaient plus de douleur (signifie 5.3, SD 1.5, étendue 4-7) que des sujets sains et ont reçu moins de traitement de douleur (P ' .005).</p> <p>Conclusion : les patients avec la démence sévère et la démence mixte ont un risque plus élevé à souffrir de douleur intense.</p>
<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème et les thèmes abordés</p>	<p>Objectif de l'étude : explorer la relation entre les patients de maison de retraite à différents stades de démence et l'utilisation de médicaments contre la douleur selon l'intensité de celle-ci.</p> <p>L'âge avancé est associé à une grande fréquence de diagnostic de démence qui elle, est souvent combinée avec des conditions douloureuses.</p> <p>Les Personnes âgées ont tendance à avoir des maladies plus douloureuses que les plus jeunes personnes. Avec l'augmentation de la déficience cognitive, la capacité des patients à rapporter la douleur diminue ce qui pousse à penser qu'ils ont moins de plaintes de douleur que les autres personnes âgées non-démences.</p> <p>Reste à savoir si les niveaux différents de démence et les diagnostics de démence influencent la perception</p>

	<p>de la douleur des patients et s'ils peuvent expliquer que des patients déments reçoivent moins de médicaments contre la douleur que des personnes âgées mentalement saines.</p> <p>Cependant, l'observation du comportement démontrant une possible douleur peut aussi être difficile à interpréter. En effet, les symptômes attribués peuvent aussi être des indicateurs de démence.</p>
Recension des écrits	<p>Quelques études indiquent un changement dans l'expérience de douleur chez des patients avec la maladie d'Alzheimer, la cause la plus commune de démence, en raison de la dégénérescence de régions cérébrales impliquées dans le traitement de stimulus de douleur.</p> <p>Benedetti et autres ont découvert une plus haute tolérance expérimentale de la douleur chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer comparés à des personnes âgées non-démentes ou ayant un autre sous-type de démence.</p> <p>Contrairement aux hypothèses dominantes que les personnes démentes perçoivent moins la douleur, Cole et autres ont constaté, par l'imagerie cérébrale (IRM) que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont une plus grande réponse au stimulus nocifs ainsi qu'une plus grande durée de ces stimulus en comparaison avec le groupe de contrôle. Ainsi, si l'hypothèse déduite de la dernière étude de Cole et al., est correcte, la perception de douleur et le traitement ne sont pas diminués dans la maladie d'Alzheimer et prouve que la douleur est sous-diagnostiquée auprès de ces personnes.</p> <p>Pour évaluer la douleur des patients déments, des instruments d'observation du comportement sont exigés. L'utilisation de mesures d'auto-évaluation peut fournir des résultats incertains chez les patients atteints de démence.</p> <p>L'outil d'évaluation de la douleur principal dans cette étude, est utilisé par l'infirmière et s'intitule "échelle-douleur- mobilisation- observation-comportement- intensité- démence" (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-Pain Scale)</p> <p>(MOBID-2) évalue l'intensité de la douleur des patients avec démence avancée. Cet outil récemment développé est basé sur des comportements de douleur en relation avec des standards qui sont les mouvements actifs, les parties du corps différentes et les comportements de douleur liés aux organes internes,</p>

	la conscience (tête et cerveau) et la peau.
Cadre théorique ou conceptuel ; concepts	<p>Pas de cadre théorique explicité clairement.</p> <p>Concepts : démence, douleur, personnes âgées.</p>
Hypothèses, et aspects importants pour notre question de recherche	<p>Hypothèse de recherche : La quantité des caractéristiques /signes de la douleur (diagnostics, l'emplacement, l'intensité de douleur) et les médicaments de douleur diminuent avec l'augmentation de la démence. L'intensité de la douleur diffère entre les sujets selon les différents diagnostics de démence.</p> <p>Cet article permet de répondre à notre question de recherche pour comprendre si les personnes âgées résidant dans un EMS expérimentent des conditions douloureuses et si elles reçoivent un traitement adéquat.</p>
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative transversale
Population et contexte	<p>181 patients de maisons de retraite à long séjour, 43 personnes soignantes, une infirmière en gériatrie et 4 médecin d'une maison de retraite norvégienne.</p> <p>Au cours de 6 semaines, 215 patients ont été admis. 20 patients ont été exclu comme ils étaient dans cette maison de retraite pour un court séjour. 14 patients ont été exclu à cause d'une diminution physique ou psychologique (8 patients mourants et 6 avec un délire ou une psychose). Ainsi, 181 résidents âgés de 65 ans à 103 ans ont été inclus.</p>
Collecte des données et mesures	L'étude a été conduite dans une maison de retraite norvégienne et a inclus des unités de soins qualifiées, une unité de réadaptation et une unité de soins palliatifs. Les critères d'inclusion pour l'étude étaient : être dans cet EMS pour un long séjour (4 semaines), avoir atteint l'âge de 65 ans ou plus et avoir un membre de la famille

proche ou un tuteur légal participant à l'étude.

Le consentement éclairé verbal et écrit a été obtenu dans la conversation directe avec tous les patients cognitivement intacts.

Pour les patients déments, le consentement éclairé et présumé verbal et écrit a été obtenu dans la conversation directe avec le patient et son tuteur légal, d'habitude un membre de la famille ou un avocat, après avoir expliqué les buts de l'étude et son protocole.

L'étude a été approuvée par le Comité Régional pour l'Éthique de Recherche Médicale, la Norvège.

La démence a été diagnostiquée par 4 médecins selon la Classification Internationale de Maladies (ICD) et le Manuel Diagnostique et Statistique de Troubles Mentaux (DSMIV) basé sur l'anamnèse personnelle et l'histoire de vie, l'examen physique, des examens de laboratoire de routine et la tomographie calculée cérébrale (cCT) de la tête (71 % des patients).

Ils ont aussi rassemblé des informations quant aux diagnostics de douleur et l'emplacement de la douleur et ont évalué l'intensité de la douleur par l'Échelle d'Évaluation Numérique (EVA) Ils ont suivi une procédure standard utilisée en maison de retraite, qui inclus les comportements de douleur observés en relation avec la consultation, la palpation pour des points de déclenchement et les mouvements actifs et/ou passifs des membres. L'examen médical a été exécuté le même jour, peu avant l'évaluation de la douleur par le personnel soignant.

Les informations ont été rassemblées du dossier médical des patients concernant le total des médicaments antalgiques et des autres médicaments. Le nombre et le type de médicaments contre la douleur a été classé et enregistré conformément à l'Organisation Mondiale de la Santé concernant les paliers de la douleur : Aucun médicaments contre la douleur, non-opiacé analgésiques (classe I), opiacés faibles (classe II), ou opiacés forts (classe III). Les classes II et III ont été combiné à cause de la rare utilisation d'opiacés faibles.

Pour chaque patient, la soignante principale, qui connaît bien le patient et identifie son comportement habituel, a participé au test. Le personnel soignant, 13 infirmières enregistrées et 30 infirmiers, avaient travaillé dans cette maison de retraite en moyenne 4.1 ans (SD 5.0 étendue 1-23) et avait une moyenne de 6.5 ans

	<p>d'expériences professionnelle (SD 6.5, étendue 1-33). À une session de formation de 2 heures, les évaluateurs ont été fourni des informations de base quant à la démence, la douleur locomotrice, le comportement de douleur et a été formé pour l'utilisation de l'échelle MOBID-2. Ce personnel soignant n'a pas fourni de médicaments de douleur aux patients.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Une infirmière d'étude gériatrique en collaboration avec le personnel soignant principal du patient a rassemblé les informations sur le fonctionnement cognitif et quotidien du patient. Ils ont utilisé le mini examen de l'état mental (MMSE), le plus grand résultat est 22-24 et signifie qu'il n'y a pas de démence.</p> <p>Les patients ont été assignés à un des groupes suivants : démence sévère (MMSE 12), démence modérée (MMSE 18), démence faible (MMSE 24), ou aucune démence (MMSE 24).</p> <p>De plus, la Démence Clinique Notant (CDR) a été quantifiée. Elle inclut 6 domaines évaluant la mémoire du patient, l'orientation, le jugement, la résolution de problèmes, les activités en communauté, les passe-temps et les soins d'hygiène personnels. Chaque domaine est marqué sur une échelle de 4 points (0 -3) ; l'échelle totale allant de 0 à 18 (0 pour les gens sains et 1, 2 et 3 pour la démence respectivement faible, modérée et sévère).</p> <p>25 activités de la vie quotidienne ont été notées, y compris les activités comme l'alimentation, le déplacement, la toilette personnelle et l'habillement. Plus les valeurs sont hautes plus elles indiquent des niveaux plus hauts dans les activités de la vie quotidienne et l'autonomie de la personne. Les patients ont été classés dans 4 groupes : aucune démence, la démence d'Alzheimer, la démence vasculaire et la démence mixte. Le personnel soignant principal a aussi évalué la douleur des patients et a rempli l'échelle de la douleur de MOBID-2 pendant le soin du matin.</p> <p>La moyenne, l'écart-type (SD) et les données démographiques des patients sont calculés. Les caractéristiques de la douleur (les diagnostics, l'emplacement et le score d'intensité sur l'Échelle de la Douleur de MOBID-2), les médicaments contre la douleur et les diagnostics d'ICD-10 ont été examinées selon des niveaux différents ainsi que les diagnostics de démence. L'analyse des variations à sens unique (ANOVA) a été utilisée pour des comparaisons entre les groupes pour</p>

	<p>les variables continues.</p> <p>ANOVA bilatéral a été utilisé pour comparer le plus grand nombre d'intensité de la douleur par l'Échelle de Douleur de MOBID-2 comme la variable dépendante, avec (1) niveaux de démence, (2) diagnostics de démence et (3) médicaments de douleur comme des variables indépendantes. Pour les catégories ordonnées (les niveaux de démence et les catégories de médicaments de la douleur), le contraste linéaire a été le plus utilisé pour examiner la tendance, par rapport à la moyenne. Le contraste simple a été utilisé pour comparer les types différents de diagnostics de démence, n'utilisant aucun diagnostic comme la catégorie de référence. Nous avons considéré que P ajusté estime moins de .05 pour être statistiquement significatif. Toutes les analyses statistiques ont été exécutées avec SPSS (Chicago).</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les patients atteints d'une démence sévère n'éprouvent pas une intensité de douleur plus faible ($P=.079$), n'ont pas moins de diagnostics de douleur ($P=.172$) et n'ont pas moins de localisations corporelles douloureuses ($P=.202$) en comparaison avec d'autres stades de démence. Des patients sévèrement déments recevant des opiacés démontre une intensité plus haute de douleur (signifie 4.4, SD 1.7) que des patients non-déments (signifie 2.9, SD 1.8) et reçoivent moins de traitement antalgique ($P=.018$). L'intensité de la douleur n'a pas différé entre les groupes diagnostiqués avec une démence ($P=.439$). Les patients avec une démence mixte recevant des opiacés avaient plus de douleur (signifie 5.3, SD 1.5, étendez-vous 4-7) que les sujets mentalement sains et recevaient moins de traitement contre la douleur ($P < .005$).</p>
Présentation des résultats	<p>Les caractéristiques types sont montrées dans le Tableau 1.</p> <p>Par l'échelle de douleur MOBID-2, l'intensité de la douleur plus grande que 0 (entre 0 et 10) est observée chez 141 patients (78 %) et 3 ou plus haut dans 98 patients (54 %).</p> <p>55 % ont reçu n'importe quelle sorte de médicaments contre la douleur. Environ 37 % des sujets mentalement sains ont reçu l'opiacé, comparé à 24 % des patients avec une démence sévère et 9 % avec la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Partout, aucune différence n'a été trouvée entre les groupes avec les différents stades de démence, concernant les diagnostics de douleur, l'emplacement l'intensité et les médicaments de la douleur évaluée par</p>

	<p>l'Échelle de Douleur de MOBID-2 (Tableau 2). La démence a été associée à plus de diagnostics d'ICD-10 ($P < .001$), mais a tendance à recevoir moins de médicaments antalgiques ($P < .001$), en prenant les sujets mentalement sains comme référence.</p> <p>La douleur diagnostique, l'intensité et les médicaments de la douleur n'ont pas différé selon les diagnostics de démence et pas de diagnostic de démence (Tableau 3).</p> <p>Les diagnostics de douleur ($P < .001$), l'emplacement de douleur ($P < .001$) et l'intensité de douleur par MOBID-2 ($P < .001$) ont différé selon des médicaments de la douleur (Tableau 4).</p> <p>Les patients qui ont reçu des médicaments de pallier OMS I, II, II avait significativement plus de diagnostics de douleurs, une localisation et une intensité plus grande que des patients sans médicaments antalgiques.</p> <p>Bien que les patients avec une démence n'ont pas reçu moins de médicaments antalgiques (tableau 3), les patients avec une démence sévère reçoivent des opiacés comme traitement de douleur car ils ont une plus grande intensité de douleurs (signifie 4.4, SD 1.7, l'étendue 2-8) que des patients non déments (signifie 2.9, SD 1.8, l'étendue 0-6) (figure 1) .Traduction libre : Les patients avec une sévère démence et qui reçoivent des opiacés comme traitement contre la douleur ont des symptômes douloureux plus intenses que ceux qui n'ont pas de démence ($P = .018$).</p> <p>Aussi, ceux avec une démence mixte qui ont reçu des opiacés ont éprouvés une plus grande intensité de douleurs que les sujets mentalement sains recevant des opiacés (signifient 5.3, SD 1.5, l'étendue 4-7) (figure 2).</p> <p>Les effets principaux étaient significatifs entre les intensités de douleur et les médications de douleur par la classification de l'OMS ($F 17.739$, $P < .001$) Et entre intensités de douleur et diagnostics de démence ($F 3.169$, $P = .038$). Les résultats ont été soutenus d'après des contrastes simples significatifs, indiquant que les sujets mentalement sains peuvent éprouver moins de douleur que ceux avec des diagnostics de démence.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de</p>	<p>Contrairement l'hypothèse de recherche de cette étude, les caractéristiques de la douleur et le nombre de médicaments antalgiques ne sont associés à la gravité de la démence. Les patients avec une démence sévère n'ont pas vraiment éprouvé moins d'intensité douloureuse, n'ont pas non plus moins de diagnostics et de zones</p>

la théorie et des concepts	<p>douloureuses que ceux avec une démence faible, modérée, ou sans.</p> <p>Cependant, les patients avec une démence sévère qui reçoivent des opiacés comme traitement pour la douleur ont été évalué comme ayant des douleurs plus intenses que les personnes non démentes recevant des opiacés.</p> <p>De plus, l'intensité de douleur n'a pas différencié dans les groupes diagnostiques de patients déments comparés avec des patients non déments, mais à différencier avec les groupes ayant la maladie d'Alzheimer. Bien que les patients avec la démence aient significativement plus de diagnostics d'ICD (P ' .001), ils ont reçu moins de médicaments(médicaments) totales (P ' .001)</p> <p>Les résultats suggèrent que les patients déments dans les maisons de retraite vivent une expérience complexe de souffrance avec un nombre important de diagnostics et probablement un sous-traitement de la douleur dans les cas de démence sévère et de maladie d'Alzheimer.</p> <p>Ces conclusions ne sont pas conformes à certaines études précédentes, concernant la comparaison de l'intensité de la douleur auto-rapportée chez les personnes âgées selon la gravité de la démence.</p> <p>Parmelee (1996) a constaté que les patients avec une démence sévère ont explicité moins de zones douloureuses et moins d'intensité de douleur que les patients non déments.</p> <p>Dans une étude par Proctor et Hirdes (2001), la prévalence de la douleur diminuait avec l'augmentation de la démence.</p> <p>Aussi, Leong et Nu (2007) ont déclaré que l'augmentation et l'évolution de la démence étaient associées avec une diminution de la fréquence de douleur. Dans leur étude, les patients communicants et non communicants n'ont pas été évalués par la même échelle de douleur, laissant les résultats difficiles à comparer.</p> <p>Nous avons trouvé significativement plus de localisations de douleur chez les patients avec une démence vasculaire et une démence mixte que dans les cas de maladie d'Alzheimer.</p> <p>Ces résultats soutiennent une étude précédente menée par Scherder et autres (2003), qui a suggéré que la perturbation de la matière blanche par des lésions peut augmenter l'expérience de douleur chez les patients</p>
----------------------------	--

	<p>avec une démence vasculaire comparé à des patients non déments.</p> <p>La fréquence de douleur importante combinée avec des handicaps de communication peut donc mener à une situation plutôt sérieuse pour ces patients. Une autre explication peut être la présence de dépression liée à la démence avec un impact possible sur le seuil de douleur. Une autre explication pourrait être la présence de dépression liée à la démence avec l'impact possible sur le seuil de douleur.</p> <p>Cependant, une étude récente indique que la dépression et la douleur sont plus étroitement liées chez des sujets sans démence comparée à des sujets atteints d'une démence (Scherder, 2008).</p> <p>Contrairement aux découvertes précédentes, (Hwang et al., 2006 ; Jervis et al., 2007) le nombre total de médicaments de douleur n'a pas différé selon les stades différents de démence et les types de démence, suggérant un besoin comparable concernant le traitement de la douleur.</p> <p>La raison pour laquelle les patients atteints d'une démence sévère (24%) et les patients avec une démence mixte (9%) n'ont pas reçu la même quantité d'opiacés que les personnes âgées non démentes (37%) peut être expliquée comme la tentative d'éviter les effets secondaires. (Pickering G et al., 2001)</p> <p>Cependant, aucune étude examine les effets secondaires des opioïdes chez des patients avec une démence.</p> <p>Le fait que cette maison de retraite a une unité de soins palliatifs avec des médecins et du personnel soignant qualifié dans le traitement de douleur peut avoir influencé les résultats.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé l'Échelle de Douleur de MOBID-2 récemment développée et standardisée, qui est basée sur l'observation du comportement de douleur pendant les différents mouvements des parties du corps, aussi bien que sur l'observation du comportement qui pourrait être causé par une douleur liée aux organes internes, la tête (maux de tête) et les frictions de la peau au fil du temps.</p>
Perspectives futures/éléments pour la	<p>Il est indispensable que le personnel soignant ne soit pas aveuglé et connaisse le comportement habituel des patients déments. Il est très difficile d'identifier le comportement différent qui est causé par une douleur que celui qui est lié à un comportement induit par la démence.</p>

discussion	<p>Les conclusions dans l'étude présente sont basées sur des données de seulement une maison de retraite et la validité externe pourraient être mis en doute. Le fait que les patients inclus sont en maison de retraite indique qu'ils sont plus gravement malades que les patients du même âge avec les mêmes diagnostics mais qui eux sont toujours à domicile. Comparé à ces derniers, les patients de cette maison de retraite peuvent avoir des facteurs de risque, comme par exemple l'immobilité causée par le manque de mouvements et ainsi une probabilité plus haute de ressentir de la douleur. De plus, on peut aussi s'attendre à ce qu'un patient plus gravement malade ait développé plus d'effets secondaires liés à l'utilisation d'opiacé antalgique ou aux anti-inflammatoires.</p> <p>La classification dans des groupes d'étiologie de la démence a été basée sur l'examen clinique des médecins et l'imagerie. Cette classification peut être discutée car les processus cérébraux subtils peuvent seulement être clarifiés par l'autopsie des patients.</p> <p>Les sujets de cette étude ont un âge moyen d'environ 84 ans et la démence avancée est un prérequis majeur pour recevoir une place en maison de retraite à long terme. Dans cette étude, 66 % des patients étaient modérément ou sévèrement déments, 77 % avait une histoire de maladies vasculaires et 28 % avaient eu une attaque cardiaque.</p> <p>Les patients plus jeunes se rendant en consultation externe, la démence à corps de Lewy est plus répandue que la démence vasculaire. La majorité de personnes âgées demeurant dans une institution a souvent des pathologies cérébrales multiples, qui augmentent grandement les chances de développer une démence (Schneider et al., 2007). A un stade avancé, la différenciation des types de démences est très difficile (Perry et al., 2004). Ceci est particulièrement vrai pour la différenciation entre la démence à corps de Lewy et la maladie d'Alzheimer. De plus, la démence a été diagnostiquée selon ICD-10 et DSM-IV, qui n'inclut pas la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale comme une catégorie de diagnostics séparés.</p> <p>C'est la première étude qui compare : la fréquence, l'intensité, l'emplacement et le traitement de la douleur auprès des patients de maison de retraite selon la gravité et le type de la démence, utilisant le même instrument d'évaluation de la douleur sans tenir compte de la fonction cognitive. L'évaluation de la douleur en présence de démence est complexe, mais les caractéristiques de la douleur et les besoins de soulagement de</p>
------------	--

	<p>la douleur des patients déments semblent être comparables avec ceux des sujets mentalement sains. À tous les niveaux de démence, la fréquence accrue de diagnostics d'ICD-10 peut contribuer à renforcer la souffrance des patients.</p> <p>La multi morbidité des patients et le manque de capacité de communication de ces derniers peuvent suggérer le besoin d'une approche complète pour évaluer la douleur et la traiter dans une perspective pluridisciplinaire.</p> <p>Plus de recherches et de programmes d'amélioration de la qualité de l'évaluation de la douleur et sa gestion auprès des personnes démentes sont nécessaires.</p>
Questions générales Présentation	Article quantitatif clair, avec un p valeur significatif. Résultats présentés sous formes de tableau regroupant les calculs de statistiques effectués et nécessaires à la compréhension des résultats.
Évaluation globale	Article qui permet de répondre à notre question de recherche selon le contexte choisi en EMS. Résultats cependant peu valables et à relever avec prudence car cette étude a inclus un seul type de population et celle-ci était concentrée dans le même établissement. Des biais peuvent avoir eu lieu en raison d'un nombre de participants et des médecins connaissant déjà les participants.